**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA**

** **

**DST-DIP.PREV.**

**ASP REGGIO CALABRIA**

**COORDINAMENTO USCA**

**Resp.le Dr. Giovanni Calogero**

**ISTITUTO COMPRENSIVO CLASSE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NATO/A IL: \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA E ORA ESITO: h: \_\_\_\_\_\_: \_\_**

*TAMPONE EFFETTUATO DA PERSONALE DELL’ASP RC*

NEGATIVO *[ ]*  POSITIVO  *[ ]*

***-Tampone ANTIGENICO RAPIDO – ABBOTT LOTTO 41ADDG244A***

Data / /2021

 IL MEDICO U.S.C.A. CERTIFICATORE



**\* La presente Certificazione deve essere redatta in duplice copia di cui una da consegnare tempestivamente al Dipartimento di Prevenzione**