

**SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TEST RAPIDO COVID-19

Paziente**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME | NOME |
| DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA |
| TEL. 1 | TEL. 2 |

**Indirizzo**

|  |  |
| --- | --- |
| COMUNE | PROVINCIA |
| VIA |

**Lavoro presso**

|  |
| --- |
| INDICARE LA DITTA |
| COMUNE DI  | PROV.  |

**DATA FIRMA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La seguente richiesta va inviata a mezzo mail all’indirizzo info@comune.giffonivallepiana.sa.it
2. Verranno prese in considerazione solo le richieste dei braccianti che hanno lavorato anche durante la fase-1 nella filiera agro-alimentare.
3. Potranno essere sottoposti al test solo le persone che verranno contattate telefonicamente. Giorno e data dell’esame verranno comunicati successivamente solo agli interessati telefonicamente.