

**PAZIENTE** 

Domicilio

Residenza

Via/n.:

	ISTITUTO SCOLASTICO			
	CODICE MECCANOGRAFICO SCUOLA			
SCHEDA PAZIENTE	PER LA RICHIESTA	A DI TEST	PEI	R SARS-CoV_2
COGNOME:		NOME:		
Data di nascita	Comune di na	une di nascita:		
Domicilio				
COMUNE				PROVINCIA
Via/n.				
TEL 1		TEL 2		
Residenza (se diversa dal dor	nicilio)			
COMUNE		361		PROVINCIA