



Comune di Ripatransone

Provincia di Ascoli Piceno

Piazza XX Settembre n.1 - 63065 - Ripatransone
Tel. 0735/9171 - Fax 0735/9469

www.comune.ripatransone.ap.it - comune@comune.ripatransone.ap.it

Partita IVA/CF: 00370910440

MODULO AUTORIZZAZIONE ESECUZIONE TAMPONE A MINORE

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____, residente a _____ (____),

in Via _____ n. _____, C.F. _____

Cellulare _____ Email _____ Tel. Fisso _____

in qualità di:

PADRE MADRE TUTORE LEGALE

dell'alunno/a _____, nato/a a _____

il _____, residente a _____ (____),

in via _____ n. _____, C.F. _____

frequentante la classe _____, della scuola DELL'INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

AUTORIZZO

l'esecuzione del tampone (TEST RAPIDO ANTIGENE SARS-COV 2) a mio figlio/a.

Si informa che l'esito del tampone verrà comunicato esclusivamente in caso di positività. La non ricezione di alcuna comunicazione entro le ore 20.00 del giorno di svolgimento del test per i turni mattutini ed entro le ore 12.00 del giorno successivo a quello di svolgimento del test per i turni pomeridiani equivarrà alla risultanza negativa del tampone.

Ripatransone, il _____

(Firma del genitore/tutore legale)