AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’IIS G. GANGALE CIRO’ MARINA

Oggetto: ATTIVITA’ DI SCREENING ANTICOVID19 (TAMPONI ANTIGENICI) IN MODALITA’ “DRIVE IN” PRESSO IL POLIAMBULATORIO DI CIRO’ MARINA

In riferimento alla circolare n prot.\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_ il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di DOCENTE ATA

con la presente comunica

**la propria volontà**

di aderire all’attività di screening anticovid 19 (tampone antigenico ) in modalità DRIVE IN presso poliambulatorio di Cirò Marina come da campagna screening avviata del comune di Ciro’ Marina di concerto con il poliambulatorio ASP di Cirò Marina.

A tal fine comunica i seguenti dati :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA | RECAPITO TEL. | INDIRIZZO E MAIL | MEDICO CURANTE |
|  |  |  |  |  |  |  |

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