



GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 1

**MODULO DI ADESIONE ALLO SCREENING REGIONALE PER LA RICERCA DI
ANTIGENE SARS-COV-2 NEGLI ALUNNI/STUDENTI DELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE E
GRADO ASSISTITI IN REGIONE**

[da inviare a:

- e-mail del Servizio farmaceutico dell'Azienda USL di riferimento
- e-mail del referente aziendale del SIESP]

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa _____, titolare o direttore tecnico o legale
rappresentante della Farmacia _____

Azienda USL di riferimento _____

codice regionale Farmacia _____

denominazione Farmacia _____

codice ISTAT comune _____

descrizione Comune di _____

confermo l'adesione allo screening regionale per la ricerca di antigene SARS-COV-2 negli studenti delle
scuole di ogni ordine e grado assistiti in regione.

Data

Firma