

AL SINDACO DEL COMUNE DI IRGOLI  
VIA ROMA N. 1  
08020 IRGOLI (NU)

RICHIESTA DI EFFETTUAZIONE TEST SIEROLOGICO **MODULO ADULTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

CHIEDE

- Essere sottoposto al test sierologico;

a tal fine dichiara di appartenere al seguente nucleo familiare:

NOME	COGNOME	RAPPORTO DI PARENTELA

Irgoli li \_\_\_\_\_

Allegati: Copia Documento di identità del dichiarante

FIRMA

\_\_\_\_\_