

*Allegato 2*

|  |  |
| --- | --- |
| **Meccanografico Istituto** |  |
| **Nome Istituto di appartenenza** |  |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Telefono** |  |
| **Mansione** |  |
| **Data ultimo contatto con positivo** |  |
| **Data di esecuzione tampone molecolare o**  **antigenico negativo** |  |

**EUSERVICE** s.r.l. ***- via Dante Alighieri, 12 - 00027 Roviano (RM) - P.Iva 08879271008***

Segreteria medico competente tel. 06 92.92.91.66

mail [medicocompetente@euservice.it](mailto:medicocompetente@euservice.it) web [www.euservice.it](http://www.euservice.it/)

Pec [medicocompentente@pec.euservice.it](mailto:medicocompentente@pec.euservice.it)