Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto comprensivo "Pietro Aldi"

Manciano-Capalbio

Oggetto: Richiesta Codice Scuola per TEST ANTIGENICI
(Piano regionale "Scuole Sicure", Delibera di Regione Toscana n. 25/2021)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____(_____) e residente in _____ (_____)

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____ , con contratto
docente/personale ATA

a tempo _____ nella scuola _____ di _____
determinato/indeterminato *infanzia/primaria/secondaria*

in riferimento Piano regionale "Scuole Sicure" - Delibera di Regione Toscana n. 25/2021, **comunica** il proprio indirizzo eMail (personale/istruzione) _____ e

il proprio codice fiscale _____ , e

RICHIEDE

la generazione del Codice Scuola per prenotare un tampone orofaringeo.

In fede per quanto qui dichiarato.

_____ _____

Data Firma