



ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2

(Antigenic Sars Cov-2 rapid test certification)

NOME e COGNOME:	, COD. FISC.	
(Name-Surname)		
DATA DI NASCITA:		
(Date of birth)	•	
·		
MALATTIA O AGENTE BERSAGLIO: COVID-19		
(Disease or agent targeted) TIPOLOGIA DI TEST EFFETTUATO: Tampone antigenico rapido		
(Type of test)		
NOME DEL TEST: CLINITEST® Rapid COVID-19 Antigen Test (Test Name)		
PRODUTTORE DEL TEST: SIEMENS HEALTHINEERS		
(Test manufacturer)		
DATA E ORARIO DELLA RACCOLTA CAMPION	NE:	
(Date and time of the test sample collection)		
DATA E ORARIO DEL RISULTATO DEL TEST:		
(Date and time of the test result production)		
RISULTATO DEL TEST(Test result)		
STUTTURA IN CUI E' STATO EFFETTUATO IL TEST: FARMACIA (Testing center) STATO MEMBRO IN CUI E' STATO EFFETTUATO IL TEST: ITAL (Member State of test)		
Operatore che ha letto e registrato l'esito del test: (Operator who performed and registered the test)		
Nome e Cognome		
(Name-Surname)		
Qualifica		
(Operator qualification)		
Eima		
Firma (Signature)		
(orginatio)		
STRUTTURA CHE DETIENE IL CERTIFICATO: FARMACIA CO (Certificate issuer)	OMUNALE 2 SARONNO	

Saronno Servizi S.p.A. – Società soggetta a direzione e coordinamento da parte del Comune di Saronno Società abilitata all' accertamento, liquidazione e riscossione tributi ed altre entrate degli enti locali - Iscritta al N. 155, prima sezione Albo ex art. 53 D.L. 446/97 Sede Legale: Via Roma 20 – 21047 Saronno (VA)

Partita Iva e Codice fiscale 02213180124 – Uff. del Registro delle imprese di Varese: Iscrizione n. 238601 – Capitale Sociale Euro 4.800.000,00 i.v. - Cod. univoco per fatturazione elettronica: SUBM70N - Società sottoposta a regime di Split Payment

Tel. 02/962882.1 Fax 02/96248896-02/93660573

in fo@saronnoservizi. it-segreteria@pec.saronnoservizi. it-www.saronnoservizi. it-www.sar

