

**ELENCO DEI SOCI/PERSONALE IMPIEGATO CHE PRESTERÀ ATTIVITÀ DI:**

- A. ESECUZIONE DI TAMPONI ORO/NASOFARINGEI PER LA DIAGNOSI DI COVID-19**  
**B. ESECUZIONE DI TEST RAPIDI SIEROLOGICI PER LA RILEVAZIONE QUANTITATIVA DI ANTICORPI IgG E IgM CONTRO COVID-19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di Legale  
 Rappresentante dell'Associazione/Ente del Terzo Settore denominata  
 \_\_\_\_\_,

DICHIARA

che presteranno attività di tipo **A) ESECUZIONE DI TAMPONI ORO/NASOFARINGEI PER LA DIAGNOSI DI COVID-19** presso l'Azienda ULSS n.4 "Veneto Orientale" le seguenti persone:

N.	NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA'/FORMAZIONE POSSEDUTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DICHIARA

che presteranno attività di tipo **B) ESECUZIONE DI TEST RAPIDI SIEROLOGICI PER LA RILEVAZIONE QUANTITATIVA DI ANTICORPI IgG E IgM CONTRO COVID-19** presso l'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale" le seguenti persone:



**Allegato 2)**

N.	NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA'/FORMAZIONE POSSEDUTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(compilare la tabella per l'attività di interesse)

Distinti saluti.

Firma  
(Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)