

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell' ISTITUTO SUPERIORE  
"GRAZIANI"  
TORRE ANNUNZIATA

**ADESIONE CAMPAGNA SCREENING REGIONE CAMPANIA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

CODICE FISCALE .....

RUOLO (DOCENTE, PERSONALE ATA) .....

CELLULARE .....

INDIRIZZO E-MAIL .....

**COMUNICA**

DI VOLER ADERIRE ALL'EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO.

Torre Annunziata,

FIRMA

.....