

TEST COVID-19



CAMPIONATO:

SERIE B MASCHILE

UNDER 19 MASCHILE-YOUTH LEAGUE

SOCIETA': _____

DATA DI EFFETTUAZIONE DEL TEST: _____ ORE: _____

SEDE DI EFFETTUAZIONE DEL TEST: _____

METODO DEL TEST: MOLECOLARE ANTIGENICO

MOLECOLARE

Si allegano i referti prodotti dal laboratorio di analisi

Nome e cognome (in stampatello) e firma del Presidente

ANTIGENICO

Dichiaro di aver sottoposto a tampone antigenico - nel giorno ed orario indicati nel presente modulo - i soggetti di cui all'allegato elenco, con il risultato a fianco di ciascuno di essi indicato

Nome e cognome (in stampatello), timbro e firma del medico

La Società conferma di avere sottoposto tutti i giocatori ed ufficiali di squadra riportati nell'allegato elenco a test molecolare ovvero a test antigenico, con il risultato a fianco di ciascuno di essi indicato

Nome e cognome (in stampatello) del Presidente

Data

Firma del Presidente della Società

ELENCO TESSERATI SOTTOPOSTI A TEST MOLECOLARE O ANTIGENICO



Data: _____ Ore: _____ Sede: _____

	GIOCATORI - Cognome e nome	Molecolare	Antigenico	Esito
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

	UFFICIALI DI SQUADRA - Cognome e nome	Molecolare	Antigenico	Esito
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Nome e cognome (in stampatello), timbro e firma del medico

Consegnare le due pagine del presente modulo ed eventuali referti del test molecolare ai direttori di gara insieme all'elenco gara e al certificato di tesseramento