## Allegato 2 - MODELLO CONSEGNA/RITIRO TEST ANTIGENICI E DPI DA PARTE DI MMG E PLS (fac simile)

ASL\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTRETTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa................................................................ nato/a il ............................. a ......................................................................................................................................................... e residente in ..................................................................................................................................... via ...................................................................................................................................... n. ............

CF.......................................................... codice regionale................................................................

 Medico di assistenza primaria

 Pediatra di Libera Scelta

### DICHIARA sotto la propria responsabilità

Di aver preso in consegna il seguente materiale:

Test antigenici n. \_\_\_\_\_\_\_\_

DPI: n visiere \_\_\_\_; n. mascherine FFP2: \_\_\_\_; n. camici/tute:\_\_\_\_;

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_\_\_\_

 TIMBRO e FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma distretto