

Al Dirigente Scolastico  
dell'ITG DELLA PORTA - PORZIO Napoli

**Oggetto: disponibilità ad effettuare tamponi nasofaringei**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In servizio presso questa scuola in qualità di \_\_\_\_\_

Si dichiara disponibile ad effettuare tamponi nasofaringei, secondo i protocolli sanitari in essere.

Data

Firma per esteso