

Meccanografico Istituto	
Nome Istituto di appartenenza	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Telefono	
Mansione	
Data di positivita'	
Data di avvenuta negativizzazione	
Ricovero ospedaliero	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>