

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
residente in (*) _____, Via _____
documento di riconoscimento _____
dichiaro di essere

• studente (maggiorenne) che frequenta la seguente Scuola secondaria di secondo grado/Percorso di leFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

• genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario dello studente (Nome) _____ (Cognome) _____
che frequenta la Scuola primaria/secondaria di primo grado/secondaria di secondo grado /Percorso di leFP (Istruzione e Formazione Professionale) _____ Classe _____

• personale scolastico della seguente Scuola primaria/secondaria di primo grado/secondaria di secondo grado /Percorso di leFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

Firma _____ Data _____

(*) anche se residente fuori regione