

**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