

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 (maggiorrenne) che frequenta la seguente Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

- genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario dello studente (Nome) _____ (Cognome) _____
che frequenta la seguente:
 - Scuola primaria _____ Classe _____

 - Scuola secondaria di primo grado: _____ Classe _____

 - Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____ Classe _____

- personale scolastico della seguente:
 - Scuola primaria _____

 - Scuola secondaria di primo grado: _____

 - Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

Firma _____ Data _____

(*) anche se residente fuori regione