

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 :_

- genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario dello studente (Nome) _____ (Cognome) _____

_____ che frequenta la Scuola _
_____ Classe _

- personale scolastico della seguente Scuola _

Firma _____ Data _____

(*) anche se residente fuori regione