

Allegato 5**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST
RAPIDO NASALE 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/Università/Percorso di IeFP
(Istruzione e Formazione Professionale):

anche se frequentante fuori regione

- ☐ genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente (fino alla scuola secondaria
superiore), tutore/soggetto affidatario
- ☐ sorella/fratello maggiorenne
- ☐ altro familiare convivente
- ☐ nonna/nonno non convivente

dell'alunno/studente (Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

- ☐ personale scolastico della seguente scuola (di ogni ordine e grado e dei servizi educativi 0-3
anni) o personale del seguente ente di formazione professionale che eroga percorsi di IeFP:

- ☐ persona con disabilità
in possesso di certificazione o di esenzione ticket
n. _____

- ☐ familiare convivente di persona con disabilità
nome e cognome della persona con disabilità _____
certificazione o codice esenzione n. _____

Firma _____

Data _____