

ACCORDO TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLE FARMACIE CONVENZIONATE PER EFFETTUARE TEST RAPIDI NASALI PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

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 (magggiorenne) 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 _____