

Modello 1

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO DI SCREENING ALLA POPOLAZIONE SCOLASTICA PER L'INFEZIONE DA VIRUS SARS-COV-2 DA PARTE DELLE FARMACIE .

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
residente in _____, Via _____
documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere

- studente (maggiorenne) che frequenta la seguente Scuola/Università/dei percorsi 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;
- personale scolastico della seguente Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

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 i percorsi di IeFP:

Firma _____

Data _____