

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 _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

dichiaro di essere

- studente (maggioranne) 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 maggioranne
- 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. _____

- educatore o istruttore o allenatore che opera nel seguente servizio parascolastico o centro di aggregazione giovanile o oratorio o scout o ludoteca o società sportiva giovanile:

- volontario della seguente associazione del Terzo settore che assiste anziani soli o persone con disabilità:

- caregiver familiare che assiste una persona anziana o una persona con disabilità

anno di nascita dell'assistito _____

certificazione o codice esenzione assistito con patologia _____

legame con l'assistito (parentela, affinità, amicizia, altro) _____

Firma _____

Data _____

.....
Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione