

**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 (maggiorrenne) 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 maggiorrenne
- 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 \_\_\_\_\_