

## 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/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;

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  
o personale del seguente ente di formazione professionale che eroga i percorsi di IeFP anni:

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_