

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: _____

Il sottoscritto dichiara inoltre

- di non avere sintomi riferibili a Covid-19 (febbre, tosse, mal di gola, mal di testa, naso che cola, debolezza, affaticamento e dolore muscolare);
- di non essere sottoposto a provvedimenti di isolamento sanitario o di quarantena;
- di non avere avuto contatti con soggetti COVID Positivi negli ultimi 7 giorni.

Firma _____

Data _____