

ACCORDO TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLE FARMACIE CONVENZIONATE PER EFFETTUARE TEST
DIAGNOSTICI RAPIDI PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI ANTI SARS-CoV-2

Allegato 5

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST
SIEROLOGICO IN FARMACIA SULLA PRESENZA DI ANTICORPI IgG e IgM CONTRO IL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere genitore - fratello/sorella - nonno/nonna (anche non convivente), altro familiare
convivente _____

dell'alunno/studente (Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

Firma _____

Data _____