

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
- ☐ sorella/fratello
- ☐ familiare convivente
- ☐ nonna/nonno non convivente

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

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

- ☐ studente universitario che frequenta l'Università _____
- ☐ personale scolastico della Scuola/Università _____

Firma _____

Data _____