

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS RIVOLTO AI MINORI ISCRITTI PER L'ANNO EDUCATIVO E SCOLASTICO 2021/2022 AI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI E ALLE SCUOLE STATALI E PARITARIE FINO ALL'UNDICESIMO ANNO DI ETÀ. (Deliberazione della Giunta Regionale n. 837 dell'8/9/2021).**

**(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI E COMPLETARE  
OGNI CAMPO)**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in (\*) \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

dichiaro di essere a conoscenza che il test volontario e gratuito è indirizzato a minori fino all'undicesimo anno di età e di essere:

- genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario

dello studente (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

che frequenta servizi socioeducativi all'infanzia (Nido/Scuola infanzia) / Scuola primaria (Scuola elementare) / secondaria di primo grado (Scuola Media):

Denominazione e sede della scuola frequentata \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(\*) anche se residente fuori regione

