

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS RIVOLTO AGLI ISCRITTI PER L'ANNO EDUCATIVO E SCOLASTICO 2021/2022 AI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI, ALLE SCUOLE PRIMARIE, ALLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO, STATALI E PARITARIE, E AI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE (IEFP), SVOLTI SIA PRESSO GLI ISTITUTI PROFESSIONALI STATALI, IN REGIME DI SUSSIDIARIETÀ, CHE PRESSO LE AGENZIE FORMATIVE AUTORIZZATE (Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377 del 31/12/2021).

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

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in (*) _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere:

- studente (maggiorrenne) che frequenta la seguente Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

- 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) _____
_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola primaria _____
_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola secondaria di primo grado _____
_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____
_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

PROVVEDIMENTO N. _____ DEL _____

RILASCIATO DA ASL N. 1 ASL N. 2

MOTIVAZIONE: T0 / T5 (SOLO SCUOLA PRIMARIA)

FINE ISOLAMENTO FINE QUARANTENA

1 TAMPONE GRATUITO OGNI 15 GIORNI (SOLO FASCIA DI ETÀ 0-11 ANNI)

(*) anche se residente fuori Regione

Firma _____ Data _____



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO