

Allegato 5

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

dichiaro di essere

(per cittadini con assistenza sanitaria in regione Emilia-Romagna)

- studente (maggiorenne) che frequenta la seguente Scuola/Università/Percorso di leFP (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

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 percorsi di leFP:

- persona con disabilità
in possesso di certificazione o di esenzione ticket n. _____
- familiare convivente di persona con disabilità
nome e cognome della persona con disabilità _____
certificazione o codice esenzione n. _____
- educatore o istruttore o allenatore che opera nel seguente servizio parascolastico o centro di aggregazione giovanile o oratorio o scout o ludoteca o società sportiva giovanile:

- _____
- volontario della seguente associazione del Terzo settore che assiste anziani soli o persone con disabilità:

- _____
- caregiver familiare che assiste una persona anziana o una persona con disabilità
anno di nascita dell'assistito _____
certificazione o codice esenzione assistito con patologia _____
legame con l'assistito (parentela, affinità, amicizia, altro) _____

(per cittadini privi di assistenza sanitaria in regione Emilia-Romagna):

- studente universitario anche se fuori sede o studente straniero comunque iscritto alle università emiliano-romagnole, o ancora studente che si trova a frequentare le università in Emilia-Romagna grazie al progetto Erasmus presso la seguente Università:

anno di nascita _____ telefono cellulare _____
tipologia documento di riconoscimento _____
N. documento di riconoscimento _____
luogo di soggiorno nella regione Emilia-Romagna _____

Firma _____

Data _____

.....

Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione