



GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 5

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE  
GRATUITA DEL TEST ANTIGENICO IN FARMACIA SULLA PRESENZA DI ANTIGENE  
SARS-CoV-2**

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

residente in (Comune – Provincia) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

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

dichiara di frequentare la Scuola \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_