

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 \_\_\_\_\_