



**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 (Comune – Provincia) _____

Via _____

documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere genitore, fratello/sorella, familiare convivente

dell'alunno/studente (Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

del Comune di _____ PROV _____

Data _____

Firma _____