

REGIONE ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 4**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA
DEL TEST ANTIGENICO/SIEROLOGICO**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____ ,
C.F. _____ residente in _____, Via _____
documento di riconoscimento _____

consapevole del fatto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, dichiaro di essere :

- appartenente alle Forze dell'ordine, in qualità di _____
- operatore sanitario, in qualità di _____
- 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 _____
- prestare servizio presso la Scuola/Università _____
- ospite di un centro anti violenza o di una casa rifugio _____

Firma _____

Data _____