

REGIONE
ABRUZZO

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 _____

 via Conte di Ruvo, 74 – PESCARA

 085/7672663 – FAX 085/7672637

 www.regione.abruzzo.it