

**Allegato. Autodichiarazione frequenza Centri estivi****AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER FREQUENZA CENTRI ESTIVI**

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

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

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

contatto telefonico \_\_\_\_\_

 Genitore/tutore/soggetto affidatario di (in caso di persona minorenni)

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_

dichiaro che

il/la minore di cui sopra frequenta il Centro estivo presso

\_\_\_\_\_

nel seguente periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

 Educatore/operatore/volontario che opera presso il seguente il Centro estivo presso

\_\_\_\_\_

nel seguente periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

.....

*Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione*