



**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 \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n.445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000**