

**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*