

# AUTOCERTIFICAZIONE

DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE A PAGAMENTO  
DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA  
PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

Io sottoscritto

Nome ..... Cognome .....

residente in ..... Via.....

data di nascita ..... Codice fiscale .....

documento di riconoscimento.....

.....

contatto telefonico .....

Firma .....

Data .....

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