

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS RIVOLTO AGLI STUDENTI ISCRITTI PER L'ANNO EDUCATIVO E SCOLASTICO 2021/2022 AI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI, ALLE SCUOLE PRIMARIE, ALLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO, STATALI E PARITARIE, E AI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE (IEFP), SVOLTI SIA PRESSO GLI ISTITUTI PROFESSIONALI STATALI, IN REGIME DI SUSSIDIARIETÀ, CHE PRESSO LE AGENZIE FORMATIVE AUTORIZZATE (Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377 del 31/12/2021).

**(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI E COMPLETARE
OGNI CAMPO)**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in (*) _____, Via _____

documento di riconoscimento _____ dichiaro
di essere:

• studente (maggiorenne) che frequenta la seguente Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

• genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario dello studente (Nome) _____ (Cognome) _____ che frequenta:

servizi socioeducativi all'infanzia (Nido/Scuola infanzia) _____

Scuola primaria _____ Classe _____

Scuola secondaria di primo grado: _____ Classe _____

Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

_____ Classe _____

(*) anche se residente fuori regione



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/fse

Carta Intestata Farmacia

Consenso informato

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E-mail	
Medico prescrittore	Cell.

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di: *(da compilare in caso di minore)*

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

Denominazione e sede della scuola frequentata: _____
Classe _____

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa
e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività a permanere in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP;

Data _____ Firma _____

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2;

Data _____ Firma _____



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/fse