

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE 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 _____

DICHIARO DI ESSERE

- esente da vaccinazione in possesso di certificazione (di cui alla nota regionale prot.05/08/2021 0716410.U)
numero esenzione _____
- nessuna di queste categorie quindi eseguirò il tampone a pagamento (15,00 €)

Data _____

Firma _____