

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato /a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via  
\_\_\_\_\_, identificato/a a mezzo  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da  
\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_, utenza telefonica  
\_\_\_\_\_, in qualità di responsabile genitoriale di \_\_\_\_\_  
nato /a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), codice  
fiscale \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla  
legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 75 e 76 del D.P.R.  
445/2000 e s.m.i.)

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle misure introdotte dalla Regione Piemonte con circolare regionale n. \_\_\_\_\_ del 17 gennaio 2022;
- che l'esecuzione gratuita di test rapidi è richiesta per la rilevazione di antigene SARSCoV-2 a \_\_\_\_\_ in qualità di studente della scuola primaria

Data, ora e luogo della dichiarazione

Firma del dichiarante

L'Operatore della Farmacia

<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Allegato: copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante