

AUTODICHIARAZIONE

(Da compilare e sottoscrivere dal diretto interessato o da un genitore nel caso di figli minorenni. La dichiarazione va lasciata alla farmacia)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____ - residente a
_____ in Via/P.zza _____ n. _____,
documento di riconoscimento (patente, c.i.) _____
n. _____ rilasciata in data _____ da

dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1) di aver usufruito, ai sensi del decreto del commissario della Comunità Montana Sabina n. 36 del 25/8/2021, del beneficio economico di €. 8,00 per il tampone rapido COVID effettuato presso la farmacia _____ in data _____

per proprio conto

per il/la proprio/a figlio/a minorenne _____ (nome e cognome)

- 2) Di aver erogato alla Farmacia la somma residua di €. _____ a fronte del tampone effettuato;
- 3) di non aver beneficiato altre volte del suddetto beneficio economico.
- 4) di essere consapevole delle responsabilità anche penali conseguenti alle dichiarazioni mendaci.
- 5) di autorizzare il trattamento dei dati personali riportati nella presente autodichiarazione ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

In fede.

Firma del dichiarante se maggiorenne _____

Firma del genitore nel caso di minorenni _____