AUTODICHIARAZIONE DA PRESENTARE PER L’ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE CON LA NUOVA FORMULAZIONE DI VACCINO AGGIORNATO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19 – **soggetti con marcata compromissione del sistema immunitario** [[1]](#footnote-1)

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_),

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_),

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento di riconoscimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in

data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_, recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi

speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 D.P.R. n. 445/2000

□ DICHIARO DI ESSERE UN SOGGETTO CON MARCATA COMPROMISSIONE DEL SISTEMA IMMUNITARIO

□ DICHIARO CHE SONO TRASCORSI ALMENO 90 GIORNI DALL’ULTIMA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19 O DALL’ULTIMA INFEZIONE

Data e Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si ricorda che è sempre opportuno un parere medico per definire i criteri di appartenenza alla categoria e per una valutazione rischio/beneficio.

\*SEZIONE DA COMPILARE SE SOGGETTO INTERDETTO/INABILITATO/MINORENNE

*Nome e cognome del tutore/amministratore di sostegno/titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Data e Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Firma *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Ad esempio, e a titolo non esaustivo, si riportano di seguito condizioni per cui si può avere una marcata compromissione del sistema immunitario:

   * trapianto in terapia immunosoppressiva;
   * patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi;
   * immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es. terapia corticosteroidea ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.).

   [↑](#footnote-ref-1)