AUTODICHIARAZIONE DA PRESENTARE PER L’ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE A VALENZA 12 MESI CON LA NUOVA FORMULAZIONE DI VACCINO AGGIORNATO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19

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 APPARTENERE AD UNA DELLE CATEGORIE PER CUI È POSSIBILE RICEVERE LA DOSE DI VACCINO A SEGUITO DI ATTENTA VALUTAZIONE RISCHIO/BENEFICIO DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO E SECONDO LE INDICAZIONI MINISTERIALI

□ DICHIARO DI NON APPARTENERE ALLA CATEGORIE RACCOMANDATE E DI RICHIEDERE LA VACCINAZIONE, PREVIA VALUTAZIONE RISCHIO/BENEFICIO DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO E SECONDO LE INDICAZIONI MINISTERIALI

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

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

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

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

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

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

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