

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 _____