

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE DEL VACCINO ANTISARS-CoV-2/COVID-19

Io sottoscritta/o (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto 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 ISCRITTO/A AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

DI NON ESSERE ISCRITTO/A AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

DI ESSERE OPERATORE SCOLASTICO, DOCENTE O NON DOCENTE, PRESSO IL SERVIZIO EDUCATIVO O DELL'INFANZIA O IL SERVIZIO SCOLASTICO (STATALE O PARITARIO) O L'UNIVERSITA' DI SEGUITO INDICATO/A:

Firma _____

Data _____

.....

Le strutture sanitarie regionali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione