

## 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*