Fac simile da presentare all'Ufficio Protocollo competente per territorio

o da inoltrare per mail a asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it

All'Azienda Sanitaria (competente per territorio)

Luogo e data, ……

Io sottoscritto,

nato a … , il … ,

CF … ,

residente a … , in Via …,

tel. …. , mail …

a seguito di comunicazione ricevuta dall'Agenzia delle Entrate n. ……

dichiaro

- di avere ricevuto la I dose …. in data … a .. , la II dose … in data … a … , il booster … in data …. a ..
- o di essere risultato positivo al Covid in data … a … e negativo in data … a …
- o di essere esentato dall'obbligo vaccinale (certificazione)
- o di aver dovuto differire l'obbligo vaccinale (certificazione)
- o di avere avuto le seguenti ragioni di oggettiva e assoluta impossibilità …

Allego copia di documento valido ai fini d'identificazione, tessera sanitaria e tutta la documentazione relativa.

In fede