

Autocertificazione

____ sottoscritt ____ (cognome e nome) _____

nat ____ a _____ prov. ____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

☐ Frequenza comunità (es.asilo)☐ Convivente di soggetto ad alto rischio☐ Detenuto☐ Età > 60☐ Forze di Polizia☐ Vigili del Fuoco☐ Donna in gravidanza☐ Operatore Sanitario☐ Operatori non Sanitari☐ Anziani Lungodegenza☐ Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta☐ Personale di Laboratorio☐ Residenza in area a maggior rischio☐ Altra attività lavorativa a rischio☐ Donatori di Sangue☐ Operatore Scolastico☐ Staff strutture di Lungodegenza☐ Studente dell'Area Sanitaria☐ Volontario del settore della Sanità☐ Altro☐ Soggetto vulnerabile per Patologia☐ Nessuna indicazione☐ **Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese** _____**della tipologia** _____ **in data** _____**Data** ____ / ____ / ____**Firma utente** _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

