

B Vaccinazione Anti-Covid 19
Autocertificazione



_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

_____ nat _____ a _____ prov. _____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____



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:

Operatori Sanitari Operatori non Sanitari Anziani Lungodegenza

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta Staff strutture di Lungodegenza

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)