

VACCINAZIONE ANTI-COVID 19 PER SOGGETTI ESTREMAMENTE VULNERABILI O DISABILI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Artt.46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n.445

All'Azienda sanitaria _____

La/Il sottoscritta/o _____ *nome e cognome* _____, nata/o il _____

a _____, residente in _____ *comune* _____, in _____ *via/piazza* _____
_____, n. _____, documento identificativo n. _____

consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall'articolo 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Di essere:

- Genitore/tutore/affidatario del minore di anni 16 estremamente fragile/disabile grave (Categoria 1A, 1B, 1C, 1D)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

- Convivente del soggetto estremamente vulnerabile (Categoria 1B, 1C, 1D)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

- Caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto del soggetto estremamente vulnerabile/disabile grave (Categoria 1D)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma
