B Vaccinazione Anti-Covid 19

Autocertificazione

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:

☐ 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)