



**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE
GRATUITA DEL VACCINO ANTISARS-CoV-2**

Io sottoscritto/o (Nome) _____ (Cognome) _____
residente in _____, Via _____
data di nascita _____ Codice fiscale _____
documento di riconoscimento _____ telefono _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

D I C H I A R O

DI ESSERE OPERATORE SCOLASTICO, DOCENTE O NON DOCENTE, PRESSO IL SERVIZIO EDUCATIVO O DELL'INFANZIA O IL SERVIZIO SCOLASTICO (STATALE O PARITARIO) O L'UNIVERSITA' DI SEGUITO INDICATO/A:

Firma _____

Data _____

Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione