



Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (_____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a _____ (_____) in _____ n° _____
telefono (preferibilmente cellulare) _____

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 e 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

☐ **Di essere convivente e/o caregiver**

di (nome e cognome assistito) _____
Codice Fiscale _____ nato il ____/____/____,
residente a _____ (_____) in _____ n° _____

Il quale/la quale, come definito dalle "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19" (Versione 10 marzo 2021 o ss.mm.ii.) è stato/a dichiarato/a essere estremamente vulnerabile o disabile grave nella classe di patologia che prevede l'estensione vaccinale ai conviventi/caregiver come indicato con (*) o (**) in tabella a tergo _____

SI ALLEGA COPIA FRONTE/RETRO DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/93 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del Dichiarante _____