



# Autocertificazione

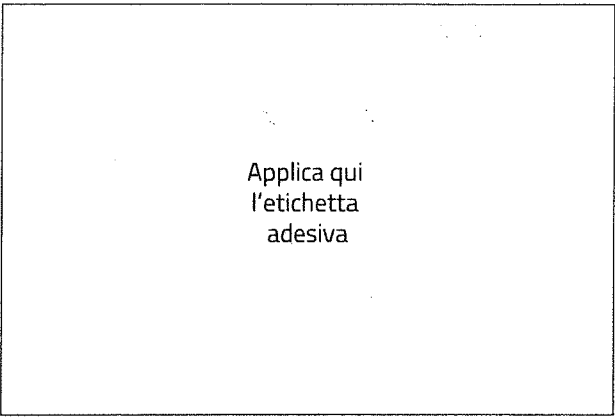
\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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)

