

VACCINAZIONE ANTI-COVID 19

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:

- Appartenente all'anagrafe italiani residenti all'estero
- Dipendente delle Istituzioni dell'Unione Europea, relativo familiare a carico o personale delle medesime Istituzioni in quiescenza che vive sul territorio nazionale
- Agente diplomatico o personale tecnico-amministrativo delle missioni diplomatiche, relativo familiare a carico, che vive sul territorio nazionale
- Personale di enti e organizzazioni internazionali, relativo familiare a carico, che vive sul territorio nazionale
- Operatore sanitario
- Studente / tirocinante / specializzando di area sanitaria

e _____ che _____ opera _____ presso _____
_____ con sede in _____
_____, via/piazza _____ n. _____

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
