

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL VACCINO ANTISARS-CoV2/COVID-19

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARO

DI ESSERE "CAREGIVER" – PERSONA CHE FORNISCE ASSISTENZA CONTINUATIVA - alla/al sig.ra/del sig. _____ non autosufficiente ai sensi della legge 104/1992, art. 3 comma 3.

- IN FORMA GRATUITA**
- A CONTRATTO** (es. assistente familiare/badante)

DI ESSERE CONVIVENTE della sig.ra/del sig. _____

- affetta/o da patologie che la/o rendono estremamente vulnerabile, con diritto alla vaccinazione del convivente (vedi tabella sottostante).
- affetta/o da grave disabilità ai sensi della legge 104/1992, art. 3 comma 3.

DI ESSERE GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI di. _____

- minore affetto da patologie che lo rendono estremamente vulnerabile** e che non può essere vaccinato per mancanza di vaccini indicati per la fascia di età

- DI NON ESSERE ISCRITTA/O AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DI ESSERE OPERATORE SANITARIO OPERANTE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA ISCRITTO AD UNO DEI SEGUENTI ORDINI**

Medici chir. e Odontoiatri

Farmacisti

Professioni infermieristiche FNOPI

Veterinari

Chimici e fisici

Professioni ostetriche FNOPO

TSRM e professioni STRP

Biologi

Psicologi

DI NON ESSERE ISCRITTA/O AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DI ESSERE OPERATORE DEL SETTORE SANITARIO

Operatori socio-sanitari

Massofisioterapisti

Assistenti di studio alla poltrona

Luogo e data, _____

firma _____

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