

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 alle forze di polizia / forze armate / guardia di finanza /VVFF impiegato nel contrasto e contenimento dell'emergenza COVID-19 o in servizi prioritari di ordine pubblico, di soccorso o di protezione civile
- Appartenente a organizzazioni di volontariato della Protezione civile impiegato in prima linea a supporto delle attività di contrasto e contenimento dell'emergenza COVID-19
- Operatore sanitario
- Operatore non sanitario che opera in struttura sanitaria o sociosanitaria
- 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
