



Autocertificazione

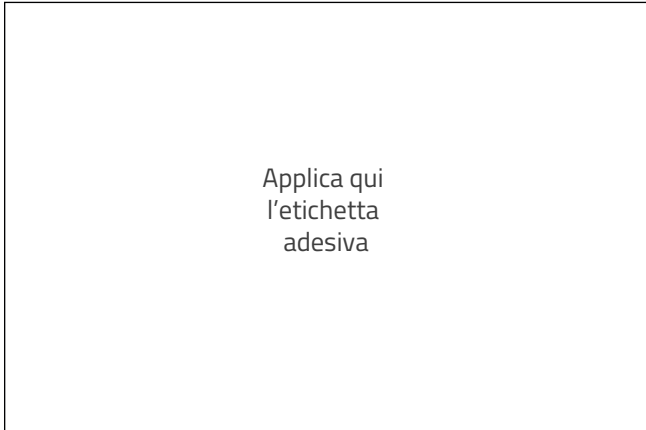
_____ **sottoscritt** _____ (cognome e nome) _____

_____ **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)