

**VACCINAZIONE ANTI-COVID 19 PER SOGGETTI ESTREMAMENTE VULNERABILE O DISABILI**

**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:

- Convivente del soggetto estremamente vulnerabile (Categoria 1B, 1C, 1D)  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_
- Caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto che potranno prenotare la propria somministrazione del soggetto estremamente vulnerabile /disabile grave (Categoria 1D)  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_
- Convivente/genitore/tutore/affidatario del minore di anni 16 estremamente estremamente/vulnerabile/disabile grave (Categoria 1A, 1B, 1C, 1D)  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_