

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL
VACCINO ANTISARS-CoV-2/COVID-19 PRESSO IL PROPRIO MEDICO CURANTE**

ALLEGATO 5

Io sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

D I C H I A R O

DI ESSERE ISCRITTO/A AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

**DI ESSERE OPERATORE SCOLASTICO, DOCENTE O NON DOCENTE, PRESSO IL SERVIZIO EDUCATIVO
O DELL'INFANZIA O IL SERVIZIO SCOLASTICO (STATALE O PARITARIO) O L'UNIVERSITA' DI SEGUITO
INDICATO/A:**

Firma _____

Data _____

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