

**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-CoV-
2/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 FAMILIARE CONVIVENTE

**DI ESSERE CAREGIVER CHE FORNISCE ASSISTENZA CONTINUATIVA IN FORMA GRATUITA O
A CONTRATTO**

della sig.ra/del sig. _____ affetta/o da grave
disabilità ai sensi della legge 104/1992, art. 3 comma 3.

**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 sociosanitari

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***