

**Autocertificazione**

\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

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 di appartenere a una delle seguenti categorie:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frequenza comunità (es.asilo)                           | <input type="checkbox"/> Personale di Laboratorio            |
| <input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio                  | <input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio |
| <input type="checkbox"/> Detenuto  | <input type="checkbox"/> Altra attività lavorativa a rischio |
| <input type="checkbox"/> Età > 60  | <input type="checkbox"/> Donatori di Sangue                  |
| <input type="checkbox"/> Forze di Polizia  | <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico                |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco  | <input type="checkbox"/> Staff strutture di Lungodegenza     |
| <input type="checkbox"/> Donna in gravidanza                                     | <input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria        |
| <input type="checkbox"/> Operatore Sanitario                                     | <input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanità |
| <input type="checkbox"/> Operatori non Sanitari                                  | <input type="checkbox"/> Altro                               |
| <input type="checkbox"/> Anziani Lungodegenza                                    | <input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia  |
| <input type="checkbox"/> Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | <input type="checkbox"/> Nessuna indicazione                 |

**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)

