

**Da Presentare a Sportello CUP Ausl Romagna per  
prenotazione Vaccinazione**

**Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento di Identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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 e 47 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

**Di essere esercente di professione sanitaria iscritto al seguente Ordine Professionale**

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;

**Di essere operatore di interesse sanitario con la qualifica di \_\_\_\_\_**

**Presso** \_\_\_\_\_

**di essere soggetto ad obbligo di vaccinazione anti SARS CoV - 2 ai sensi dell' art. 4, comma 1, Decreto Legge 1 Aprile 2021, n. 44**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, allega documentazione di identificazione e, ai fini degli adempimenti successivi,

**AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_