

**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

**VISTO**

*l'art. 4, comma 1, del D.L. 01/04/2021, n. 44 "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici." ai sensi del quale "... gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, parafarmacie e negli studi professionali sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2. La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative rese dai soggetti obbligati.";*

**DICHIARA**

- Di essere esercente una professione sanitaria;**
- Di essere operatore di interesse sanitario;**

**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 \_\_\_\_\_