

**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

**VISTE**

- la Circolare del Ministero della salute n. 0030088-27/09/2023-DGPRES-DGPRES-P "Indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2023/2024 anti COVID-19";
- la circolare di Regione Lombardia prot. n. G1.2023.0039032 del 28/09/2023 ad oggetto "Campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2023/2024 anti COVID-19 in Lombardia;

**DICHIARA**

**di essere operatore sanitario o sociosanitario;**

**di appartenere alle Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, Polizia Locale;**

**di essere insegnante o personale scolastico;**

**di essere in stato di gravidanza;**

**di essere familiare, convivente, caregiver di persona con gravi fragilità;**

**di non aver mai ricevuto una dose di vaccino anti COVID-19**

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