

**VACCINAZIONE ANTI-COVID 19 PER CAREGIVER/CONVIVENTI
DI SOGGETTI ESTREMAMENTE VULNERABILE O DISABILI GRAVI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Artt.46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n.445**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ ,
nato/a il _____ a _____, residente a _____,
via/piazza _____, n. _____, documento identificativo _____
n. _____ rilasciato il _____

Consapevole che si può procedere ai controlli previsti dall'art. 71 e, in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, si può procedere alla segnalazione agli organi competenti per l'applicazione delle sanzioni penali ed amministrative previste dagli articoli 75 e 76 DPR n. 445/2000

DICHIARA DI ESSERE

Genitore/tutore/affidatario del minore di anni 16 estremamente vulnerabile (Tabella 1 DGR 374/2021)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

Convivente del soggetto estremamente vulnerabile (Tabella 1 con * DGR 374/2021)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

Familiare/Convivente/ Caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto del soggetto disabile grave (Legge 104 art. 3 comma 3)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma _____