

COVID-19 - Manifestazione di interesse vaccinazione per familiari conviventi e caregiver

Io sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Numero di cellulare _____

Familiare convivente / Caregiver del/della Sig / Sig.ra

Codice Fiscale _____

Rientrante nella categoria dei soggetti fragili

ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), ACCONSENTO al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR).

- Esprimo la mia volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, autorizzando le strutture preposte ad effettuare quanto di competenza, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).
- Non Esprimo la mia volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).

Firma per esteso e leggibile

N.B. Allegare alla presente autocertificazione stato di famiglia