



**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL  
VACCINO ANTISARS-CoV-2/COVID-19 PRESSO IL PROPRIO MEDICO CURANTE**

**ALLEGATO 5**

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

contatto telefonico \_\_\_\_\_

**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 D.P.R. n. 445/2000**

**D I C H I A R O**

**DI ESSERE ISCRITTO/A AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

**DI ESSERE OPERATORE SCOLASTICO, DOCENTE O NON DOCENTE, PRESSO IL SERVIZIO EDUCATIVO  
O DELL'INFANZIA O IL SERVIZIO SCOLASTICO (STATALE O PARITARIO) O L'UNIVERSITA' DI SEGUITO  
INDICATO/A:**

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

.....  
*Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla  
veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione*