



## Vaccinazione anti Covid-19 Autocertificazione per il personale scolastico

(DPR 445/2000, art. 46 e 47)

Io sottoscritto/a (nome)		(cognome)
nato/a il	a	Prov.
residente a		Prov.
via		n.
domiciliato a (compilare solo se diverso da residenza)		Prov.
via		n.
telefono		e-mail

**ai fini della vaccinazione anti Covid-19 rivolta al personale scolastico docente e non docente assistito dal Servizio Sanitario Regionale**

### DICHIARO DI LAVORARE PRESSO

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- una scuola (scuole di ogni ordine e grado)
- un servizio educativo 0-3 anni
- un ente di formazione professionale che eroga percorsi di leFP

dell'Emilia-Romagna

(indicare la denominazione)

con sede nel comune di

### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

**data** | **firma** (per esteso e leggibile)

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)