

AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)
per la vaccinazione anti COVID-19 per conviventi e caregiver

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____ Via _____

domiciliato in _____ Via _____

Visto quanto previsto dalla campagna vaccinazione anti-COVID 19 attualmente in corso per i conviventi e caregiver di persone estremamente vulnerabili e disabili (Nota Regionale n. 173607 del 15/04/2021) :

Categoria di estremamente vulnerabili/disabili	Specificazione della categoria di estremamente vulnerabili/disabili	Tipologia di utenti che hanno diritto alla vaccinazione
Trapianto di organo solido e di cellule emopoietiche	Pazienti in lista d'attesa o trapiantati di organo solido	Conviventi
	Pazienti in attesa o sottoposti a trapianto (sia autologo che allogenico) di cellule staminali emopoietiche (CSE) dopo i 3 mesi e fino ad 1 anno quando viene generalmente sospesa la terapia immunosoppressiva	Conviventi
	Pazienti trapiantati di cellule staminali emopoietiche (CSE) anche dopo il primo anno, nel caso abbiamo sviluppato una malattia cronica del trapiantato contro l'ospite, in terapia immunosoppressiva	Conviventi
Condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale, psichica)	Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunosoppressive	Conviventi
Patologia oncologica	Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla soppressione delle cure	Conviventi
Malattie autoimmuni-immunodeficienze primitive	Pazienti con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza	Conviventi
	Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico	Conviventi
Disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale, psichica)	Disabili gravi ai sensi della Legge 104/92 art 3, comma 3 (handicap in gravità)	familiari conviventi 1 Caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto (badanti)

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, che le informazioni sopra e sotto riportate sono veritiere:

di essere

- convivente/genitore/tutore/affidatario di soggetto immunodepresso grave** (come indicato nella tabella)
- familiare convivente/genitore/tutore/affidatario** del soggetto con Handicap in situazione di gravità (ex art. 3, comma 3, Legge 104/92)
- l'unico **Caregiver** (che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto) del soggetto con Handicap in situazione di gravità (ex art. 3, comma 3, Legge 104/92)**

della persona immunodepressa/disabile grave sotto indicata:

Cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____ Via _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, secondo quanto indicato nell'informativa prevista per la vaccinazione COVID-19 pubblicata nel sito aziendale alla sezione "Sistema Privacy Aziendale".

_____ li, _____

Firma del Dichiarante

****art. 3, comma 3, Legge 104/92: "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici."**