



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)
per PRENOTAZIONE ALLA VACCINAZIONE DI OPERATORI SANITARI

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

Via _____ Comune _____ Provincia (___)

Codice Fiscale _____

Visto quanto disposto dal DL 44/2021 in merito alle disposizioni di cui all'obbligo vaccinale, considerato che il proprio identificativo risulta non rinvenibile nel portale per le prenotazioni della vaccinazione per gli OPERATORI SANITARI chiede di essere inserito negli elenchi della categoria e a tal fine

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 rientrare nella categoria OPERATORI SANITARI di cui al DL sopraindicato e di appartenere alla categoria(vedi tabella sotto riportata)

Ordini e Collegi delle Professioni Sanitarie	Datori di Lavoro <i>(sanità pubblica, privata e privata accreditata)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri - Ordini professioni Infermieristiche FNOPI - Ordini dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione - Ordini della professione ostetrica FNOPO - Ordini dei Farmacisti Italiani - Ordini dei Medici Veterinari Italiani - Ordine degli Psicologi - Ordine Biologi - Ordini dei Chimici e dei Fisici 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionisti sanitari (in servizio) - Operatori di interesse sanitario (in servizio): <ul style="list-style-type: none"> o Operatore socio-sanitario o Assistente di Studio Odontoiatrico o Massofisioterapista <p><i>Sono inclusi gli elenchi delle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere e IOV - Strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali - Farmacie e Parafarmacie <p><i>Sono inclusi gli elenchi pervenuti dalle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture Private e Private Accreditate - Studi Professionali

- di risultare iscritto all'Ordine / Collegio Professionale (riportare estremi dell'iscrizione) _____

- di esercitare la professione di cui sopra presso _____

(specificare se dipendente e/o libero professionista) _____

a partire dal _____

_____ lì, _____

Firma del Dichiarante
