REGIONE DEL VENETO
ULSS6 EUGANEA

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

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

Via _____ Comune _____ Provincia (___)

Codice Fiscale _____

Considerato che il proprio identificativo risulta non rinvenibile nel portale per le prenotazioni della vaccinazione per gli OPERATORI SANITARI chiede di essere inserito 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 svolgere la mansione di _____

presso (indicare ditta/Ente di lavoro e indirizzo completo) _____

_____

_____

a partire dal _____

_____ lì, _____

Firma del Dichiarante

_____

Il trattamento dei dati personali avviene come indicato nell'informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata nel sito dell'AULSS 6 Euganea (www.aulss6.veneto.it) nella sezione "Sistema Privacy Aziendale" – Emergenza Coronavirus