**VACCINAZIONE ANTI-COVID 19 PERSONALE RESIDENZE PER ANZIANI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**

**Artt.46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n.445**

All’Azienda sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,* nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_*comune*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_\_\_\_ *via/piazza\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ , documento identificativo n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall’articolo 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di essere operatore presso una residenza per anziani.

*Ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_