

ALLEGATO 2

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____ Documento di Identità _____ N° _____

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) in _____ n° _____

recapito telefonico _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere convivente;

di essere familiare convivente;

di essere caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto

del/della Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

Il quale/la quale, come definito dalle Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 (Versione 10 marzo 2021 o ss.mm.ii.) adottate dal Ministero della salute, in collaborazione con il Commissario straordinario per l'emergenza COVID, AIFA, ISS e AGENAS, è stato/a dichiarato/a essere una persona:

con disabilità grave ai sensi della legge 104/1992 art.3 comma 3 o in seguito a sentenza

estremamente vulnerabile in quanto: _____

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del Dichiarante _____

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.