**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETÀ  
(Art. 46 e 47 DPR 28 Dicembre 2000, 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificato/a a mezzo di documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avendo ricevuto in data odierna la vaccinazione anti-SARS-COV-2 in quanto soggetto affetto da “condizione di estrema vulnerabilità”, come previsto dal documento del Ministero della Salute “Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19” (rel. 10/03/2021)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che i nominativi elencati di seguito sono suoi conviventi e/o caregiver.

Quanto dichiarato è necessario al fine di pianificare le vaccinazioni come prescritto dal Piano Strategico “Vaccinazione anti-SARS-COV-2/COVID19” e dalle indicazioni operative della Regione Puglia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Data di nascita | Luogo di nascita | Numero di telefono |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il summenzionato elenco è comunicato sotto la personale responsabilità del dichiarante e non rappresenta un obbligo vaccinale per i nominativi elencati.

La dichiarazione è resa ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/00 e s.m.i. (T. U. sulla documentazione amministrativa). Con la sua sottoscrizione, il dichiarante è consapevole che l’A.O.U. Policlinico Consorziale di Bari può procedere ai controlli previsti dall’art. 71 e in caso di dichiarazioni false, falsità negli atti o contenenti dati non corrispondenti a verità, può procedere alla segnalazione agli organi competenti per l’applicazione delle sanzioni penali ed amministrative previste dagli art. 75 e 76 DPR n. 445/00

Bari, lì…………………..………… ……………………………………................................. (Firma)

Integrazione informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016   
“Regolamento generale sulla protezione dei dati”  
Vaccinazione SARS-CoV2/COVID-19 - Comunicazione dati personali conviventi/caregiver

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i dati personali, da Lei comunicati, dei suoi conviventi e/o caregiver sono acquisiti e trattati dall’A.O.U. Policlinico Consorziale di Bari al fine di pianificare la vaccinazione COVID-19 e saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.  
Informativa completa disponibile al link: <https://www.sanita.puglia.it/documents/48249901/0/Modulo+di+consenso+vaccini/4f42a848-fd52-44fd-b7b2-741e1b93e1d2>