

**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° _____

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

VISTI

- la circolare del Ministero della Salute prot. n. 0043604-27/09/2021-DGPRES-DGPRES-P ad oggetto "Avvio della somministrazione di dosi "booster" nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19" in tema di offerta della dose "booster" di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 (come richiamo dopo un ciclo vaccinale primario);
- la circolare del Ministero della Salute prot. n. 0045886-08/10/2021-DGPRES-DGPRES-P ad oggetto "Aggiornamento delle indicazioni sulla somministrazione di dosi addizionali e di dosi "booster" nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19",

DICHIARA

- Di essere esercente una professione sanitaria;**
- Di essere operatore di interesse sanitario;**
- Di essere operatore non sanitario in struttura sanitaria/sociosanitaria, residenziale/semiresidenziale;**
- Di essere operatore non sanitario che opera in una Struttura del Sistema Sanitario e Socio Sanitario della Lombardia.**

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 _____