

**VACCINAZIONE ANTI-COVID 19 PER CAREGIVER/CONVIVENTI  
DI SOGGETTI ESTREMAMENTE VULNERABILE O DISABILI GRAVI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO  
Artt.46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n.445**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_ ,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, documento identificativo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Consapevole che si può procedere ai controlli previsti dall'art. 71 e, in caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, si può procedere alla segnalazione agli organi competenti per l'applicazione delle sanzioni penali ed amministrative previste dagli articoli 75 e 76 DPR n. 445/2000

**DICHIARA DI ESSERE**

Genitore/tutore/affidatario del minore di anni 16 estremamente vulnerabile (Tabella 1 DGR 374/2021)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Convivente del soggetto estremamente vulnerabile (Tabella 1 con \* DGR 374/2021)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Familiare/Convivente/ Caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto del soggetto disabile grave (Legge 104 art. 3 comma 3)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_