Ospedale Koelliker
Prima la persona

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Attestazione dei familiari da vaccinare e del loro grado di parentela con il dipendente

Il/la sottoscritto/a signor/a (nome e cognome)..... nato/a a ..... Prov. ..... il..... residente a..... (.....) via....., in qualità di dipendente dell'azienda……

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace - artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 –

DICHIARA

Che i Sigg.ri sotto indicati sono legati al sottoscritto dai seguenti rapporti di parentela:

- il/la signor/ra ..... nato/a a .....Prov. ..... il.....,in qualità…….di sottoscritto (indicare il rapporto di parentela);

- il/la signor/ra ..... nato/a a .....Prov. ..... il.....,in qualità…….di sottoscritto (indicare il rapporto di parentela);

- il/la signor/ra ..... nato/a a .....Prov. ..... il.....,in qualità…….di sottoscritto (indicare il rapporto di parentela)

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

..... li ..... Firma.....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione, propedeutica all'accesso alla campagna vaccinale.