

**CAMPAGNA VACCINALE COVID-19**

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO  
(DPR n. 445/2000 e s.m.i., artt. 46 e 47)**

Io sottoscritto Nome …………………………………………………….. Cognome ……………………………………………….

Nato/a il ………………………………………………………………………….. a…………………………………………….…………..

Codice Fiscale …………………………………………………………………………………………………………………………………

Tessere Sanitaria …………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefono ………………………………………………………. Email ………………………………………………………………………

al fine di essere sottoposto/a alla vaccinazione COVID-19

*oppure*

Io sottoscritto Nome …………………………………………………….. Cognome ……………………………………………….

Codice Fiscale …………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefono ………………………………………………………. Email ………………………………………………………………………

In qualità di **□ Tutore □ Curatore □ Amministratore di sostegno**

e pertanto in nome e per conto del/la Sig./ra Nome …………………… Cognome ……………….…………………

nato/a il ………………………………………………………………………….. a…………………………………………….…………..

Codice Fiscale …………………………………………………………………………………………………………………………………

Tessere Sanitaria …………………………………………………………………………………………………………………………….

affinchè sia sottoposto/a alla vaccinazione COVID-19

DICHIARO

di aver ricevuto l’invito personale e di rientrare nella seguente categoria prioritaria secondo il programma del piano della campagna vaccinale fase 1 bis (*barrare*)

* rete sanitaria extra-ospedaliera (a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: laboratori, stabilimenti termali, ambulatori, studi dentistici, medicina dello sport, sanità penitenziaria, etc.)
* rete territoriale (a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: RSD, CSS, CDI, CDD, CDC, strutture dell’area salute mentale di psichiatria, di NPIA, dell’area dipendenze, Degenze per sorveglianza, Degenze di Comunità di Base, Case Management per l’autismo, Residenzialità Assistita per Religiosi, RSA aperta, etc.)
* sistema sociale (a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: Comunità Educative, Comunità Familiari, Alloggi per l’Autonomia, Centri di Aggregazione Giovanile, Centri Ricreativi Diurni, Comunità Alloggio Disabili, Centri Socio Educativi-CSE, Alloggio Protetto Anziani, Comunità Alloggio Sociale Anziani-C.A.S.A., Servizio di assistenza domiciliare, etc.)
* rimanenti ulteriori professionisti distinti per ciascun ordine delle professioni sanitarie a cui sono iscritti (a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: Medici chirurghi e odontoiatri; Medici veterinari, Professioni Infermieristiche, Professione Ostetrica, TSRM PSTRP, Psicologi, Biologi, Farmacisti, etc.)
* Altra categoria (indicare) …………………………………………………………………………………………………
* e conseguentemente di avere diritto alla somministrazione prioritaria del vaccino

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali.

ASST Monza, come previsto in materia dal D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, assumendo – nel caso vengano rilevate violazioni della legge – i provvedimenti più opportuni e dandone comunicazione alle Autorità Giudiziarie.

Data ………………………..…….

Firma per esteso e leggibile

…………………………………………………………..

Ai sensi dell'art 38 del dpr 445/2000 , le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.  
Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza.  
L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.  
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo [www.asst-monza.it](http://www.asst-monza.it).

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ASST è:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DPO | P.IVA | Via/Piazza | CAP | Comune | Nominativo del DPO |
| Gruppo ECOSafety S.r.l. | 11316101002 | Via di Tor Vergata n. 434 | 00133 | Roma | avv. Alessia Vincenza Ferrari |