

**AUTOCERTIFICAZIONE DI APPARTENERE A NUCLEO FAMILIARE CON DIRITTO DI PRIORITA'
ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL VACCINO ANTISARS-CoV-2/COVID-19**

Io sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

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 D.P.R. n. 445/2000

D I C H I A R O

- **DI APPARTENERE A NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO AVENTE DIRITTO ALLA VACCINAZIONE COVID – COME DA COMUNICAZIONE DELL'AUSL DI PIACENZA IN QUALITA' DI FAMILIARE DI.....**
Codice fiscale

- **CHE IL NUCLEO FAMILIARE RISULTANTE ALL'ANAGRAFE DEL COMUNE DI RESIDENZA E' IL SEGUENTE:**

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Data _____

Firma _____

Il presente modulo deve essere presentato in sede vaccinale. L'Azienda USL potrà effettuare verifiche in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione.