

AUTODICHIARAZIONE PRECEDENTE VACCINAZIONE ANTICORONAVIRUS

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

dichiaro:

- di non avere mai eseguito sino ad oggi la vaccinazione contro il COVID -19
- di avere eseguito la prima dose di vaccinazione contro il COVID-19 con il vaccino
..... avvenuta in data:
- presso la seguente struttura

Firma _____

Data _____