Spett.le Comune di Scontrone

Piazza Sangro, 1

67030 SCONTRONE (AQ)

OGGETTO: MANIFESTAZIONE INTERESSE ALLA IMMINENTE VACCINAZIONE DI PROSSIMITÀ PRESSO IL TERRITORIO COMUNALE DI SCONTRONE

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. in caso di dichiarazioni mendaci, manifesta il proprio interesse alla vaccinazione e dichiara:

di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o domiciliato (solo se diverso dalla residenza) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara, inoltre (barrare il campo di interesse)

󠆨 di non aver effettuato la prenotazione alla vaccinazione nella piattaforma regionale e/o di Poste Italiane;

󠆨 di aver effettuato l’iscrizione alla vaccinazione nella piattaforma regionale e/o di Poste Italiane e che provvederà alla cancellazione della stessa prenotazione al momento della conferma della data per la vaccinazione di prossimità;

󠆨 di essere affetto dalle seguenti patologie (sole se rilevanti ai fini della vaccinazione)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice esenzione;

󠆨 di essere a conoscenza del contenuto dell’avviso del Comune di Scontrone, del 10/06/2021;

󠆨 di non aver ricevuto la somministrazione della prima dose di vaccino.

Scontrone, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acconsente ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti previsti per legge.

Scontrone, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_