**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

**Aggiornata e Valida dal 12/01/2021**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**di appartenere alla seguente categoria ad oggi oggetto della campagna vaccinazione COVID 19** (crociare la categoria di appartenenza):

* Personale operante, a qualsiasi titolo, in Strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e in Strutture Sanitarie Accreditate insistenti sul territorio dell’AslBi;
* Tutti i Professionisti Sanitari, che esercitano l’attività professionale, iscritti ad un Ordine Professionale, residenti nel territorio dell’AslBi o in attività lavorativa nel territorio dell’AslBi (quali ad esempio, medici, fisioterapisti, veterinari, odontoiatri, biologi, psicologi…);
* Strutture Sanitarie Pubbliche e Private (Ambulatori, Poliambulatori, Studi Dentistici, Laboratori Analisi, Centri Sanitari Privati, ARPA) insistenti nel territorio dell’AslBi: i loro dipendenti e il personale convenzionato;
* Farmacie Territoriali insistenti nel territorio dell’AslBi: farmacisti e i loro dipendenti;
* Strutture Socio Assistenziali insistenti nel territorio dell’AslBi (disabilità, dipendenze e patologie psichiatriche): tutti gli Operatori;
* Consorzio Iris e Cissabo: tutti i dipendenti e il personale convenzionato;
* Volontariato che in questo momento sta prestando servizio attivo per conto o presso asl, ospedali e strutture socio assistenziali insistenti nel territorio dell’AslBi (ad esempio, attività domiciliare e territoriale, trasporti…).

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto.