

**MODULO DI ADESIONE PIANO DI VACCINAZIONE ANTI COVID-19
PER IL PERSONALE SCOLASTICO**

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

EMAIL _____

CONTATTO TELEFONICO _____

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO _____

(barrare la casella)

SI NO

Esprimo la mia volontaria adesione alla campagna di vaccinazione, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (art.76 D.P.R.445/2000). Autorizzo il trattamento dati personali per le finalità della procedura.

Data _____

Firma _____

Allego copia firmata documento di identità.