

**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.