

AUTODICHIARAZIONE PER L'ACCESSO ALLA PRIMA DOSE DELLA VACCIAZIONE COVID

Il sottoscritto

Cognome e Nome _____

nato il __ / __ / ____

dichiara sotto la propria responsabilità di

essere residente a _____ in Via _____

e di svolgere la professione sanitaria di _____

presso lo Studio/Ambulatorio/Farmacia _____

situata a _____ in Via _____

telefono/ cellulare _____

Luogo e data __ / __ / ____

Firma _____