

**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 \_\_\_\_\_