

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____

il _____

residente a _____ prov. _____

in Via/Corso/Viale _____

numero di cellulare _____

e-mail _____

consapevole delle sanzioni previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti;

DICHIARA

che il proprio domicilio temporaneo è il seguente:

Via/Corso/Viale _____

CAP _____, Città _____, prov _____,

dalla data _____ e fino al _____

per il seguente motivo _____,

e, pertanto, chiede di effettuare la somministrazione del vaccino anti-Covid19 nella Regione Molise.

Allega: fotocopia del documento di identità in corso di validità, tessera sanitaria e certificato delle vaccinazioni già effettuate.

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Il/La Dichiarante
