

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL VACCINO ANTISARS-CoV2/COVID-19

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Codice fiscale _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARO

DI ESSERE "CAREGIVER" – PERSONA CHE FORNISCE ASSISTENZA CONTINUATIVA - alla/al sig.ra/del sig. _____ non autosufficiente ai sensi della legge 104/1992, art. 3 comma 3.

IN FORMA GRATUITA

A CONTRATTO (es. assistente familiare/badante)

DI ESSERE CONVIVENTE della sig.ra/del sig. _____

affetta/o da patologie che la/o rendono estremamente vulnerabile, con diritto alla vaccinazione del convivente (vedi tabella sottostante).

affetta/o da grave disabilità ai sensi della legge 104/1992, art. 3 comma 3.

DI ESSERE GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI di. _____

minore affetto da patologie che lo rendono estremamente vulnerabile e che non può essere vaccinato per mancanza di vaccini indicati per la fascia di età

Estratto Tabella

Malattie neurologiche	Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive
Malattie autoimmuni – immunodeficienze primitive	Pazienti con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza
	Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico
Patologia oncologica	Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure
	Pazienti in lista d’attesa o trapiantati di organo solido;
Trapianto di organo solido e di cellule staminali emopoietiche	Pazienti in attesa o sottoposti a trapianto (sia autologo che allogenico) di cellule staminali emopoietiche (CSE) dopo i 3 mesi e fino ad un anno, quando viene generalmente sospesa la terapia immunosoppressiva;
	Pazienti trapiantati di CSE anche dopo il primo anno, nel caso che abbiano sviluppato una malattia del trapianto contro l’ospite cronica, in terapia immunosoppressiva

Fonte: Patologie identificate con (*) nella tabella 1 delle persone con elevata fragilità che danno diritto alla vaccinazione dei conviventi. [Categoria 1 TABELLA.pdf \(regione.emilia-romagna.it\)](#)

DI NON ESSERE ISCRITTA/O AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DI ESSERE OPERATORE SANITARIO OPERANTE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA ISCRITTO AD UNO DEI SEGUENTI ORDINI

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medici chir. e Odontoiatri | <input type="checkbox"/> Farmacisti | <input type="checkbox"/> Professioni infermieristiche FNOPI |
| <input type="checkbox"/> Veterinari | <input type="checkbox"/> Chimici e fisici | <input type="checkbox"/> Professioni ostetriche FNOPO |
| <input type="checkbox"/> TSRM e professioni STRP | <input type="checkbox"/> Biologi | <input type="checkbox"/> Psicologi |

DI NON ESSERE ISCRITTA/O AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DI ESSERE OPERATORE DEL SETTORE SANITARIO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Operatori sociosanitari | <input type="checkbox"/> Massofisioterapisti | <input type="checkbox"/> Assistenti di studio alla poltrona |
|--|--|---|

Luogo e data, _____

firma _____

.....
Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione