

B

Vaccinazione Anti-Covid 19
Autocertificazione

____ **sottoscritt** _____
(cognome e nome) _____

nat_ a _____ prov. ____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Dichiaro di aver già ricevuto una 1°dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia _____
della tipologia _____ in data _____

Dichiaro di aver già ricevuto una 2°dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia _____
della tipologia _____ in data _____

Data ____/____/____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo
Rappresentante legale)

