

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 46 e 47 DPR 28 Dicembre 2000, 445)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____ Codice Fiscale _____

Identificato/a a mezzo di documento di riconoscimento tipo _____ numero _____

rilasciato il _____ Da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere convivente e/o caregiver del sig/sig.ra

_____ nato/a a _____ - il _____

soggetto affetto da "condizione di estrema vulnerabilità", come previsto dal documento del Ministero della Salute "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19" (rel. 10/03/2021).

La dichiarazione è resa ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/00 e s.m.i. (T. U. sulla documentazione amministrativa). Con la sua sottoscrizione, il dichiarante è consapevole che può essere soggetto ai controlli previsti dall'art. 71 e in caso di dichiarazioni false, falsità negli atti o contenenti dati non corrispondenti a verità, può procedere alla segnalazione agli organi competenti per l'applicazione delle sanzioni penali ed amministrative previste dagli art. 75 e 76 DPR n. 445/00

_____, lì..... (Firma)

**Integrazione informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016
"Regolamento generale sulla protezione dei dati"
Vaccinazione SARS-CoV2/COVID-19 - Comunicazione dati personali conviventi/caregiver**

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i dati personali, da Lei comunicati, dei suoi conviventi e/o caregiver sono acquisiti e trattati dalla locale Azienda sanitaria al fine di pianificare la vaccinazione COVID-19 e saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

Informativa completa disponibile sul sito della Regione Basilicata