

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19-38-47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

del genitore / tutore / affidatario / caregiver / familiare / convivente

Il/la sottoscritto/a:

Nome	Cognome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	
Recapito telefonico		e-mail	

consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, ai fini di ottemperare a quanto previsto dalle vigenti disposizioni in tema di vaccinazione anti Covid-19 per le persone in condizione di elevata fragilità e per i familiari conviventi e caregiver dei soggetti fragili,

DICHIARA sotto la propria responsabilità

di essere:

<input type="checkbox"/> genitore	<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> affidatario	<input type="checkbox"/> caregiver	<input type="checkbox"/> familiare convivente: _____
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--

e di prendersi cura, di assistere e supportare nei momenti di malattia e di difficoltà la persona sotto indicata che si trova in condizione di:

- ☐ paziente in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive;
- ☐ paziente con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza;
- ☐ paziente con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico;
- ☐ paziente oncologico / onco-ematologico 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;
- ☐ 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;
- ☐ disabile grave, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n.104/92

Nome	Cognome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo	

Il sottoscritto è informato che i propri dati e quelli del soggetto in condizione di fragilità saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, per le finalità connesse al Piano Strategico di Vaccinazione anti Covid-19.

Data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

- si allega fotocopia documento di identità del dichiarante.