

B**Vaccinazione Anti-Covid 19
Autocertificazione**____sottoscritt____

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 _____ Dichiaro di aver già ricevuto una 3° 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)*

Autocertificazione