



AUTOCERTIFICAZIONE VACCINALE

II/ La sottoscritto/a

cognome	nome	M	F	matricola
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
luogo di nascita	data di nascita	cittadinanza		
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
codice fiscale	ULSS di appartenenza	regione	Medico curante	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
telefono fisso	cellulare	indirizzo email universitario		
<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
altezza	Peso	IMC		
<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>		

RESIDENZA

indirizzo	n°	comune	CAP	Prov.
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

indirizzo	n°	comune	CAP	Prov.
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

rispetto alla vaccinazione per Epatite B, dichiara quanto segue:

A ha eseguito la vaccinazione in data

presso

e consegnerà copia del libretto vaccinale al medico competente, al momento della visita di idoneità

B non ha eseguito la vaccinazione per l'Epatite B

rispetto alla vaccinazione anti-COVID 19 , dichiara quanto segue:

A ha eseguito la seconda dose in data

B ha eseguito la prima dose in data

C non ha eseguito la vaccinazione

L'informativa sulla copertura vaccinale è necessaria per stabilire gli accertamenti clinici ai fini dell'idoneità alla mansione, rilasciata dal medico competente e indispensabile per poter accedere al tirocinio clinico. Si informa che durante la visita il medico competente, se ritenuto necessario, proporrà la somministrazione del vaccino per l'Epatite B.

Data _____

Firma _____