



## 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: 95%;" 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: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
telefono fisso	cellulare	indirizzo email universitario		
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
altezza	Peso	IMC		
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" 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.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_