

**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