



**COVID-19 - MODULO DI ADESIONE
ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTI
SARS-CoV-2**

Il/La sottoscritto/a (Qualifica) _____

(Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a (comune di nascita) _____ (Pr) _____

codice fiscale _____

residente in _____ (Pr) _____

domiciliato in _____ (Pr) _____

telefono _____ e.mail: _____

IN SERVIZIO PRESSO:

Ufficio/Istituto: _____ (Pr) _____

DICHIARA

- di aderire volontariamente alla campagna vaccinale anti SARS-CoV-2;
- di essere stato informato che la volontà espressa con la presente adesione può essere revocata in qualsiasi momento;
- di essere stato informato che, al momento della vaccinazione, dovrà confermare l'adesione e firmare il previsto consenso informato;
- di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, nel rispetto della normativa vigente, per le attività e finalità connesse alla campagna vaccinale.

Luogo e Data, _____

Firma del dipendente
