



**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

\_\_\_\_\_