

AUTODICHIARAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE DI DOSE ADDIZIONALE VACCINO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____,
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____
(____),
C.F. _____, residente a _____ (____),
via _____,
documento di riconoscimento _____ nr. _____
rilasciato da _____ in data ____ / ____ / _____,
recapito telefonico _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO DI APPARTENERE AD ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI DI RISCHIO:

- trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva;
- trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica);
- attesa di trapianto d'organo;
- terapie a base di cellule T esprimenti un Recettore Chimerico Antigenico (cellule CAR-T);
- patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure;
- immunodeficienze primitive (es. sindrome di DiGeorge, sindrome di Wiskott-Aldrich, immunodeficienza comune variabile etc.);
- immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es. terapia corticosteroidica ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.);
- dialisi e insufficienza renale cronica grave;
- pregressa splenectomia;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) con conta dei linfociti T CD4+ <200 cellule/ μ l o sulla base di giudizio clinico.

DICHIARO DI AVER COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19

DICHIARO CHE SIANO TRASCORSI ALMENO 28 GIORNI DALL'ULTIMA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19

Data e Luogo _____

Firma _____

***SEZIONE DA COMPILARE SE SOGGETTO MINORENNE**

Per i soggetti di età compresa tra i 12 e i 18 anni prevedere anche la firma del genitore/tutore ai sensi della normativa vigente

Nome e cognome del genitore/tutore _____

Data e Luogo _____

Firma _____