



CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI-COVID 19.
MODULO DI PRE-ADESIONE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Prov.(____) il _____ Codice Fiscale _____

operatore/ospite nella Struttura _____

Qualifica (solo per operatori RSA) _____

manifesta la propria pre-adesione

alla somministrazione del vaccino anti-COVID 19, che verrà effettuata da Personale sanitario della Struttura.

Preciso che tale pre-adesione non costituisce alcun vincolo rispetto alla possibilità effettiva di ricevere il vaccino.

_____, li _____

Firma dell'interessato o dell'Amministratore di sostegno

In caso di pre-adesione firmata dall'Amministratore di sostegno

Amministratore di sostegno _____ (*nome e cognome a stampatello*)

Documento di identità _____ rilasciato da _____ il _____

Copia del documento di identità deve essere conservata con il modulo di pre-adesione