



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DI VIBO VALENTIA**



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

*Direzione Sanitaria Aziendale*

*Il Direttore*

*Dott. Matteo Galletta*

**E** COVID-19 - Manifestazione di interesse vaccinazione  
riservato al personale scolastico docente ed ATA

Il/La sottoscritto/a Nome / Cognome \_\_\_\_\_

Profilo Professionale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_

- acconsente al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate.
- Esprime la propria volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, autorizzando le strutture preposte ad effettuare quanto di competenza, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).
- Non Esprime la propria volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile

Inviare a: [vaccinazione.scuola@asppv.it](mailto:vaccinazione.scuola@asppv.it)