

Dichiarazione attestante l'avvenuta vaccinazione o guarigione per allievi

Cognome e nome:

Istituto scolastico:

Dichiaro di *[apporre una crocetta sulla/e risposta/e corrispondente/i]:*

Aver completato/a la vaccinazione anti-COVID-19 (due dosi) con certificato COVID valido fino al

Essere guarito/a dalla COVID-19 con certificato COVID valido fino al

.....

Acconsento all'elaborazione dei dati da parte della DFP. *[senza crocetta l'autodichiarazione rimarrà depositata in segreteria.]*

Il/la sottoscritto/a conferma che le affermazioni contenute nella presente dichiarazione sono veritiere. La presente dichiarazione impegna il/la sottoscritto/a nei confronti dell'istituto scolastico.

Eventuali osservazioni:

.....

Luogo e data

Firma

NOTA:

Vogliate consegnare la presente dichiarazione completata e firmata alla direzione del vostro istituto scolastico