

*Direzione Sanitaria Aziendale
Il Direttore
Dott. Matteo Galletta*

CAO OMCeO VV

COVID-19

Manifestazione di interesse alla campagna di vaccinazione modulo riservato agli Iscritti all'Albo Odontoiatri

Il/La Professionista sottoscrittore può introdurre in questo modulo anche i dati anagrafici del personale che collabora con lui/lei (ASO – Igienisti).

Per i collaboratori che esercitano in più studi e a Partita IVA indipendente si raccomanda una sola registrazione. Sono esclusi dalla richiesta di vaccinazione gli amministrativi.

Il/La sottoscritto/a: Nome _____ Cognome _____

Profilo Professionale _____

Codice Fiscale _____

E-mail _____

Numero di cellulare _____

Studio Odontoiatrico _____

- acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate.
- Esprimo la mia 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 Esprimo la mia 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

Firmare ed inviare a: **[e-mail: dirsanaz@aspvv.it](mailto:dirsanaz@aspvv.it)**

e per conoscenza a: **[e-mail: info@omceovv.it](mailto:info@omceovv.it)**