



Regione Umbria

**AUTOCERTIFICAZIONE PER FAMILIARE CONVIVENTE O PER “CAREGIVER” (\*)  
CON DIRITTO DI PRIORITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTI COVID-19**

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

contatto 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**

Io sottoscritto/a

**D I C H I A R O C H E**  
**(selezionare una delle seguenti condizioni)**

- Sono un familiare convivente di un disabile grave ai sensi della legge 104/1992 art.3 comma 3
- Sono un caregiver in forma gratuita di un disabile grave ai sensi della legge 104/1992 art.3 comma 3
- Sono un caregiver a contratto di un disabile grave ai sensi della legge 104/1992 art.3 comma 3
- Sono un convivente di soggetto estremamente vulnerabile vaccinabile (soggetto individuato estremamente vulnerabile per area di patologia. Si possono vaccinare solo i conviventi dei soggetti che si trovano nelle condizioni individuate con asterisco nella tabella del piano nazionale)
- Sono un genitore di un soggetto con età inferiore a 16 anni estremamente vulnerabile non vaccinabile (soggetto con età < 16 anni individuato estremamente vulnerabile per area di patologia che per età non può essere vaccinato. Si possono vaccinare i genitori dei soggetti con età < 16 anni che si trovano in ognuna delle condizioni individuate nella tabella del piano nazionale)

(\*) N.B. Con il termine “caregiver” si intendono coloro che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto ai disabili gravi (disabilità fisica, sensoriale, intellettuale, psichica) ai sensi della legge 104/1992, art. 3 comma 3.



Regione Umbria

## AUTOCERTIFICAZIONE PER FAMILIARE CONVIVENTE O PER "CAREGIVER" (\*) CON DIRITTO DI PRIORITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTI COVID-19

Sempre 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

Io sottoscritto/a

**D I C H I A R O** ALTRESÌ

**che sono stati già vaccinati o programmati alla vaccinazione in quanto appartenenti ad altra categoria N. \_\_\_\_\_ soggetti identificabili come familiari conviventi/genitori/caregiver dell'assistito estremamente vulnerabile o disabile grave sotto identificato.**

Si sottolinea che sono ammesse alla vaccinazione 2 persone (familiari conviventi/genitori/caregiver) per soggetto estremamente vulnerabile o disabile grave.

In caso di nuclei familiari più numerosi o numero di caregiver superiore a 2, sono ammesse fino a 4 autocertificazioni per soggetto estremamente vulnerabile o disabile grave, numero nel quale vanno ricompresi coloro che sono stati già vaccinati o ammessi alla vaccinazione per altra categoria e si trovano nella condizione descritta dall'autocertificazione. **Le autocertificazioni in numero superiore a 2 saranno sottoposte a controllo preventivo.**

Dati dell'assistito estremamente vulnerabile:

- Nome e Cognome \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- Residenza \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il presente modulo deve essere presentato in sede vaccinale.*

***L'Azienda USL potrà effettuare verifiche in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione.***

(\*) N.B. Con il termine "caregiver" si intendono coloro che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto ai disabili gravi (disabilità fisica, sensoriale, intellettuale, psichica) ai sensi della legge 104/1992, art. 3 comma 3.