



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRAELLI

Istituto San Giovanni di Dio Iscritto al R.P.G. n. 666/87 C.F. 00443370580 – P.IVA 00894591007

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

CERTIFICAZIONE VERDE COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ (____)
residente in _____ (____) via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____
identificato a mezzo _____ nr. _____
rilasciato da _____ in data _____
telefono _____ e-mail _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

di essere in possesso della certificazione verde COVID-19, rilasciata ai sensi dell'articolo 9, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, come integrato dal decreto legge 65/2021 è rilasciata al fine di attestare una delle seguenti condizioni:

- avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo, ovvero decorso il termine di 15 giorni dalla prima dose;
- avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;
- effettuazione di test antigenico rapido o molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2 (nelle 48 ore precedenti).

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il presente documento verrà conservato dall'Amministrazione per il tempo strettamente necessario e, comunque, non superiore a 30 giorni.

OSPEDALE "SAN PIETRO"	ISTITUTO "SAN GIOVANNI DI DIO"	OSPEDALE "SACRO CUORE DI GESU'"	OSPEDALE "BUON CONSIGLIO"	OSPEDALE "BUCCHERI LA FERLA"
FATEBENEFRAELLI Via Cassia, 600 00189 ROMA Tel. 06 33581 Fax 06 33251424	Via Fatebenefratelli, 3 00045 GENZANO DI ROMA Tel. 06.937381 Fax 06.9390052	Viale Principe di Napoli, 14/A 82100 BENEVENTO Tel. 0824.771111 Fax 0824.47935	Via Manzoni, 220 80123 NAPOLI Tel. 081.5981111 Fax 081.5757643	Via Messina Marine, 197 90123 PALERMO Tel. 091.479111 Fax 091.477625