

**AUTODICHIARAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE DI DOSE ADDIZIONALE VACCINO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_),  
C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_,  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
recapito 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**

**DICHIARO DI APPARTENERE AD ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI DI RISCHIO:**

- trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva;
- trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica);
- attesa di trapianto d'organo;
- terapie a base di cellule T esprimenti un Recettore Chimerico Antigenico (cellule CAR-T);
- patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure;
- immunodeficienze primitive (es. sindrome di DiGeorge, sindrome di Wiskott-Aldrich, immunodeficienza comune variabile etc.);
- immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es. terapia corticosteroidea ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.);
- dialisi e insufficienza renale cronica grave;
- pregressa splenectomia;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) con conta dei linfociti T CD4+ <200 cellule/ $\mu$ l o sulla base di giudizio clinico.

**DICHIARO DI AVER COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19**

**DICHIARO CHE SIANO TRASCORSI ALMENO 28 GIORNI DALL'ULTIMA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINO ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
**\*SEZIONE DA COMPILARE SE SOGGETTO MINORENNE**

*Per i soggetti di età compresa tra i 12 e i 18 anni prevedere anche la firma del genitore/tutore ai sensi della normativa vigente*

Nome e cognome del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_