

ISTITUTO COMPRENSIVO CASALI DEL MANCO 1

[www.iccasali1.edu.it](http://www.iccasali1.edu.it)

**MODELLO V**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’IC CASALI DEL MANCO 1

segreteria@iccasali1.edu.it

E p.c. Al Dipartimento di Medicina Legale COVID

**OGGETTO: ADESIONE AL PIANO VACCINALE PERSONALE SCOLASTICO**

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a**

* **tempo indeterminato**
* **tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

**Di aderire al piano vaccinale del Dipartimento di Medicina Legale COVID.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE | INDIRIZZO DI RESIDENZA | RECAPITO TELEFONICO |
|  |  |  |  |  |  |  |

Estremi documento di riconoscimento Documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

Firma ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_