

## PRIMER NADOMESTNE IZJAVE POTRDILA

|  |   |
|--|---|
| <b>VACCINAZIONE ANTI-COVID 19 PER SOGGETTI ESTREMAMENTE VULNERABILI O DISABILI</b>   | <b>CEPLJENJE PROTI COVIDU-19 ZA IZJEMNO RANLJIVE OSEBE IN INVALIDE</b>  |
| <b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO</b>   | <b>NADOMESTNA IZJAVA POTRDILA IN NADOMESTNA DOKAZILNA IZJAVA</b>  |
| Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445  | 46. in 47. člen UPR št. 445 z dne 28. 12. 2000  |
| All'Azienda sanitaria _____<br>La/Il sottoscritta/o _____ nata/o il _____ a _____ residente in _____ in _____ n. _____ documento identificativo n. _____   | Javnemu zdravstvenemu podjetju _____<br>Podpisani/-a _____ datum rojstva _____ kraj rojstva _____ stalno prebivališče _____ ul. _____ št. __ identifikacijski dokument št. _____  |
| consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall'articolo 75 del D.P.R. 445/2000 | seznanjen/-a s kazensko odgovornostjo, ki je skladno s 76. členom UPR 445/2000 predvidena v primeru podajanja neresničnih ali lažnih izjav ter ponarejanja listin ali uporabe ponarejenih listin, in z dejstvom, da skladno s 75. členom UPR 445/2000 ugodnosti, pridobljene na podlagi neresnične izjave, prenehajo veljati, |
| DICHIARA   | IZJAVLJAM,  |
| Di essere  | da sem:   |
| <input type="checkbox"/> Convivente del soggetto estremamente vulnerabile (Categoria 1B, 1C, 1D)<br>Cognome__ Nome __ Cod. Fiscale__   | <input type="checkbox"/> sobivajoča oseba izjemno ranljive osebe (Kategorije 1B, 1C, 1D)<br>Priimek __ Ime __ Davčna številka __  |
| <input type="checkbox"/> Caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto del soggetto estremamente vulnerabile/disabile grave (Categoria 1D)<br>Cognome__ Nome __ Cod. Fiscale__  | <input type="checkbox"/> negovalec/-ka, ki brezplačno ali pogodbeno nudi stalno nego in pomoč izjemno ranljivi osebi oz. osebi s težjo invalidnostjo (Kategorija 1D)<br>Priimek __ Ime __ Davčna številka __  |
| <input type="checkbox"/> Convivente/genitore/tutore/affidatario del minore di anni 16 estremamente vulnerabile/disabile grave (Categoria 1A, 1B, 1C, 1D)<br>Cognome__ Nome __ Cod. Fiscale__   | <input type="checkbox"/> sobivajoča oseba/starš/skrbnik/-ca/rejnik/-ca izjemno ranljivega/-e mladoletnika/-ce, mlajšega/-e od 16 let/osebe s težjo invalidnostjo (Kategorije 1A, 1B, 1C, 1D)<br>Priimek __ Ime __ Davčna številka __  |
| Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente   | V skladu s 13. členom ZU št. 169 z dne 30. 6. 2003 vas obveščamo, da bodo osebni podatki, zbrani s to izjavo, obdelani tudi računalniško, a izključno   |

## PRIMER NADOMESTNE IZJAVE POTRDILA

|   |  |
|---|--|
| nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. | za namene postopka, za katerega se ta izjava podaja. |
| Luogo e data _____ Firma _____  | Kraj in datum _____ Podpis _____                     |