

**MODULO DI ADESIONE VACCINAZIONE**  
**ANTICOVID**

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, andrà inviato al seguente di posta elettronica:  
[staff.dirigente@istitutocomprensivocastelsanlorenzo.edu.it](mailto:staff.dirigente@istitutocomprensivocastelsanlorenzo.edu.it)

Il/la sottoscritto/a:  Docente  ATA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. nasc. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ N. telefono \_\_\_\_\_ N. Cellulare \_\_\_\_\_,

in servizio presso l'Istituto Comprensivo Castel San Lorenzo (SA)

**COMUNICA**

la propria adesione alla Vaccinazione AntiCovid e chiede di essere iscritto nella lista dei prenotati.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_