



Corso di Laurea in Fisioterapia
 Università di Padova-Polo Didattico di Schio
 Via S. Camillo de Lellis, 1 36015 Schio (VI)
 Tel. 0445-389575 -Segreteria Didattica-
 e-mail: cdl-fisio@aulss7.veneto.it

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINALE

II/La sottoscritto/a

cognome	nome	M	F	matricola
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
luogo di nascita	data di nascita	cittadinanza		
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
codice fiscale	ULSS di appartenenza	regione	Medico curante	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
telefono fisso	cellulare	indirizzo email universitario		
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
altezza	Peso	IMC		
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

RESIDENZA

indirizzo	n°	comune	CAP	Prov.
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

indirizzo	n°	comune	CAP	Prov.
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

rispetto alla vaccinazione per Epatite B, dichiara quanto segue:

A ha eseguito la vaccinazione in data

presso

e consegnerà copia del libretto vaccinale al medico competente, al momento della visita di idoneità

B non ha eseguito la vaccinazione per l'Epatite B

rispetto alla vaccinazione anti-COVID 19 , dichiara quanto segue:

A ha eseguito la seconda dose in data

B ha eseguito la prima dose in data

C non ha eseguito la vaccinazione

L'informativa sulla copertura vaccinale è necessaria per stabilire gli accertamenti clinici ai fini dell'idoneità alla mansione, rilasciata dal medico competente e indispensabile per poter accedere al tirocinio clinico. Si informa che durante la visita il medico competente, se ritenuto necessario, proporrà la somministrazione del vaccino per l'Epatite B.

Data _____

Firma _____