Al Dirigente Scolastico

IAC Francolise

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto

DICHIARA

la propria disponibilità a sottoporsi alla vaccinazione **ANTI-COVID 19** prevista con progetto

Regionale **“ Scuola Sicura”.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IN FEDE