REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Centro Vaccinale anti Covid-19_____

Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000, artt. 46 e 47

Premesso che, come indicato dalla Circolare del Ministero della Salute n. 0041416 del 14/09/2021:

- per "***dose addizionale***" si intende una dose aggiuntiva di vaccino anti COVID-19 a completamento del ciclo vaccinale primario, somministrata al fine di raggiungere un adeguato livello di risposta immunitaria e che al riguardo, le attuali evidenze sui vaccini anti COVID-19 in soggetti sottoposti a trapianto di organo solido o con marcata compromissione della risposta immunitaria per cause legate alla patologia di base o a trattamenti farmacologici e che abbiano già completato il ciclo vaccinale primario, mostrano un significativo beneficio, in termini di risposta immunitaria, a seguito della somministrazione di una dose aggiuntiva di vaccino. In particolare sono incluse determinate condizioni.

la/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ **il** _____ / _____ / _____

Codice fiscale _____

con riferimento all'adesione alla somministrazione della "dose addizionale" della vaccinazione anti Covid 19, così come disciplinata dalla Circolare del Ministero della Salute n°0041416 del 14/09/2021, DICHIARA di essere portatore di una o più delle seguenti condizioni:

barrare con una X

- ☐ trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva;
- ☐ trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica);
- ☐ attesa di trapianto d'organo;
- ☐ terapie a base di cellule T esprimenti un Recettore Chimerico Antigenico (cellule CART);
- ☐ patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure;
- ☐ immunodeficienze primitive (es. sindrome di DiGeorge, sindrome di Wiskott-Aldrich, immunodeficienza comune variabile etc.);
- ☐ immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es: terapia corticosteroidea ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.);
- ☐ dialisi e insufficienza renale cronica grave;
- ☐ pregressa splenectomia;
- ☐ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) con conta dei linfociti T CD4+ < 200cellule/µl o sulla base di giudizio clinico.

Luogo e data _____ **firma** _____

La presente firma è stata apposta alla presenza del Medico vaccinatore

dott.ssa/dott._____ **firma del Medico vaccinatore** _____