**RINUNCIA VACCINAZIONE ANTI COVID 19**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………… nato/a …………………………….il…………………………………………

C.F. ………………………………………………………………………………..titolare presso questa Istituzione in qualità di

……………………………………………………………………………………………….

**RINUNCIA**

Alla vaccinazione anti Covid 19 attivata dall’ASP competente per il personale scolastico.

Amantea, lì……………………………………………

 In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_