

MODULO PER LA DELEGA

a) Io sottoscritta/o Cognome _____ Nome _____
Documento _____ N. _____
Rilasciato da _____ in data _____

b) Io sottoscritta/o Cognome _____ Nome _____
Documento _____ N. _____
Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____
residente a _____ via _____ N° _____

Genitore/i o Tutore/Legale rappresentante di:

Cognome _____ Nome _____
nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

DELEGO/DELEGANO

Il/la Sig./ra Cognome _____ Nome _____
Documento _____ N. _____
Rilasciato da _____ in data _____

ad accompagnare il minore da me rappresentato, per eseguire le seguenti vaccinazioni

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardante il minore.

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Nota

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i o Tutore/Legale rappresentante e richiederne la convocazione.

Il delegato deve avere con sé un documento di riconoscimento valido e copia dei documenti di riconoscimento del delegante.

Trattamento dei dati personali: ai sensi art. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" la informiamo che i Suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria. Il REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali è reperibile nella sala di attesa dell'ambulatorio vaccinale e sul sito aziendale <https://www.aslroma5.info/web/privacy>

Data _____ Firma _____

Asl Roma 5

Via Acquaregna 1/15
00019 Tivoli
Ed. 1 ottobre 2019

t +39.0774.317711

www.aslroma5.it

p.iva 04733471009