

## MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO VACCINALE ADULTO

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDO

Una copia originale del certificato di vaccinazione

SCELGO DI

- Ritirare il certificato di persona nell'ambulatorio vaccinale del Distretto sanitario.
- Far ritirare il certificato a una persona delegata (nel caso fornire al momento del ritiro copia di entrambi i documenti del delegato e del delegante)

Autorizzo al trattamento dei dati personali

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>

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo l'eventuale uso del numero telefonico rilasciato per essere contattato, anche per SMS, per informative da parte di questa azienda sanitaria.

Firma \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Ritiro il certificato in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_