

MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO VACCINALE MINORE

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato di Nascita _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Genitore / tutore /legale rappresentante di:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato di Nascita _____ Codice Fiscale _____

CHIEDO

Una copia originale del certificato di vaccinazione del minore da me rappresentato.

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.

Lì _____

Data _____

Firma _____

Io sottoscritto/a _____

Ritiro il certificato in data _____ alle ore _____

Firma _____

Asl Roma 5

Via Acquaregna 1/15
00019 Tivoli

Ed. 1 ottobre 2019 .

t +39.0774.317711

www.aslroma5.it

p.iva 04733471009