

Modulo per richiesta di certificato e di attestazione vaccinale

Io sottoscritto/a

Cognome Nome
Nato/a il a Prov.
Stato di nascita codice fiscale
residente a Prov. CAP via n.....
telefono cellulare
documento d'identità..... (SI ALLEGA COPIA)

Genitore (legale rappresentante) di:

Cognome Nome
Nato/a il a Prov.
Stato di nascita codice fiscale

CHIEDO

Il certificato e l'attestazione di vaccinazione del proprio figlio/a che sarà disponibile a distanza di 3 settimane di calendario dalla data attuale negli uffici del distretto (PUA, URP)

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili

Il sottoscritto, le cui generalità sono sopra riportate, informato sui diritti e sui limiti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui è legale rappresentante ai fini di diagnosi, cura e prevenzione connesse, o per ricerche scientifiche statistiche.

Data Firma.....

(DA COMPILARE SOLO AL RITIRO DEL CERTIFICATO)

(in caso di delega, è necessario presentare una copia del documento di identità del delegante e del delegato)

Io sottoscritto ritiro il certificato del minore.....

in data alle ore Firma

In caso di delega:

Io sottoscritto delego al ritiro il certificato del minore.....

in data alle ore Firma



RICEVUTA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CERTIFICATO VACCINALE DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

CF _____

In data _____

Timbro