

## 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