

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Di essere nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____ Cod. Fiscale: _____

RICHIEDE

- Per se medesimo
- per il sig/ra _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ in VIA _____
C. FISCALE: _____ (grado di parentela: _____)

IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI VACCINAZIONE

**ATTESTANDO CHE LE VACCINAZIONI RICHIESTE SONO STATE ESEGUITE NEGLI
AMBULATORI DEI SEGUENTI COMUNI:**

- _____
- _____

Luogo e data, _____

Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Firma _____