

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Area Dipartimentale Piattaforme Amministrative</p>	<p><b>MODULO</b></p> <p><b>Richiesta rilascio certificato delle vaccinazioni</b></p>	<p><b>MR</b> <b>del 10/10/2017</b> <b>Pag. 1/1</b></p>
--	--	--

Al Servizio Vaccinazioni Minori

di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA DI ESSERE**

- genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore*
- affidatario del minore*
- tutore del minore*
- altro (minore emancipato) \_\_\_\_\_*

**CHIEDE il rilascio del CERTIFICATO DELLE VACCINAZIONI**

Del minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL della Romagna, con sede in Ravenna via De Gasperi, 8; Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della struttura aziendale che eroga la prestazione.

Il/la sottoscritto/a ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 ad Oggetto "Codice in materia dei dati personali".

Firma leggibile del richiedente

ESIBIRE il documento di identità (in corso di validità) del richiedente

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>DELEGA al ritiro</b> il/la Sig./Sig.ra _____	
nato/a a _____ il ____/____/____	
documento d'identità n. _____ del _____ rilasciato da _____	
ESIBIRE il documento di identità (in corso di validità) del delegato <b>ALLEGARE copia del documento di identità in corso di validità del delegante</b>	
Firma leggibile del delegante _____	Firma leggibile del delegato _____

Il certificato delle vaccinazioni  
è consegnato il \_\_\_\_\_

Firma del richiedente/delegato per ricevuta \_\_\_\_\_