



Richiesta di vaccinazione anti Covid-19 per persone presenti per turismo nel territorio di Modena e provincia

Io sottoscritto/a (<i>nome</i>)		(<i>cognome</i>)
nato/a il	a	Prov.
codice fiscale		
residente a		Prov.
via		n.
telefono		e-mail

DICHIARO DI

Scrivere le informazioni richieste

► essere presente per motivi di turismo nel territorio dell'Ausl di Modena

dal | al

nel Comune di (*specificare*)

in via | n.

► essere iscritto/a al Servizio Sanitario della Regione (*specificare*)

e avere il Medico presso Azienda sanitaria di (*specificare*)

CHIEDO

barrare UNA casella

► di ricevere presso l'Ausl di Modena la vaccinazione anti Covid-19 come specificato di seguito:

TERZA DOSE

dose addizionale per persone dai 12 anni compiuti in su con marcata compromissione della risposta immunitaria, in quanto rientranti in una delle categorie per cui è prevista la somministrazione

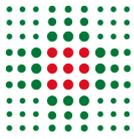
primo booster (primo richiamo)

QUARTA DOSE

per persone dai 12 anni compiuti in su con marcata compromissione della risposta immunitaria, in quanto rientranti in una delle categorie per cui è prevista la somministrazione

per persone dai 12 anni compiuti in su con elevata fragilità motivata da patologie concomitanti/preesistenti, individuate dal Ministero della Salute

per persone che rientrano in una delle fasce di età per le quali è avviata la somministrazione



ALLEGO

- la copia di un mio documento di identità in corso di validità
- copia del certificato vaccinale che attesta le vaccinazioni anti covid eseguite in precedenza
- copia della documentazione che attesta la patologia/condizione sanitaria prevista dal Ministero, solo nel caso della dose addizionale e della quarta dose (per persone con marcata compromissione della risposta immunitaria o per persone con elevata fragilità)

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | **firma** (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Questa richiesta va **consegnata il giorno della vaccinazione** insieme ai moduli di consenso e anamnesi.