



Profilassi malattie infettive: delega per ritirare la documentazione sanitaria

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DELEGO

scrivere le informazioni richieste

Il/la sig./sig.ra (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

a ritirare

barrare UNA casella

il referto dell'esame per la ricerca degli anticorpi del tetano (IgG)

il tesserino delle vaccinazioni

la copia del certificato internazionale di vaccinazioni o profilassi

ALLEGO

- la fotocopia di un mio documento di identità in corso di validità

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 (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). 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

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL	
Tipo e numero del documento di identità del delegato	
data	firma e timbro (<i>L'operatore</i>)
Firma del delegato (<i>conferma del ritiro</i>)	