

## Vaccinazioni pediatriche: delega per ritirare il certificato

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

genitore (con la potestà legale)

tutore

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

### DELEGO

*scrivere le informazioni richieste*

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

► a ritirare il certificato delle vaccinazioni eseguite al minore

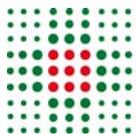
### ALLEGO

- 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](http://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> )	