



Modulo di richiesta di copia della documentazione vaccinale

Io sottoscritto _____, nato a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____

Via _____ nr. _____ tel _____

In qualità di esercente la potestà di genitore tutore curatore

Amministratore di sostegno di:

Nome _____ Cognome _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ via _____

Richiede copia di Certificato vaccinale

Il sottoscritto delega al ritiro:
 Nome _____ Cognome _____
 Nato a _____ il _____
 Residente a _____ via _____

Ai sensi dell'art.30 DPR 445/2000 allega copia non autenticata di documento di identità in corso di validità.

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma _____

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
v.le Tre Martiri, 89 - 45100 Rovigo
0425\393781 ☎ 0425\394708
E-mail: sisp.ro@aulss5.veneto.it

Il sottoscritto richiedente esprime la volontà che quanto sopra richiesto venga inviato:

- Al seguente Nr di fax _____
- Al seguente indirizzo e mail _____

Ed ESONERA L'AZIENDA DA OGNI RESPONSABILITA'

- ❖ **DI RICEZIONE INCOMPLETA O ILLEGIBILE DEI DATI TRASMESSI**
- ❖ **DI CONOSCENZA ACCIDENTALE DEI DATI SANITARI DA PARTE DI TERZI SOGGETTI**

Allega a tal fine la fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma _____