

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE NON EFFETTUATE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via/P.zza _____
Tel. _____ in qualità di genitore/legale rappresentante del minore:
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

che vengano somministrati al minore di cui sopra i vaccini obbligatori non effettuati e previsti dal Decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci".

Il/la sottoscritto/a _____
dichiara di avere acquisito il consenso dell'altro genitore.

Il/la sottoscritto/a _____
dichiara di esercitare da solo la potestà genitoriale.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a, le cui generalità sono sopra riportate, informato sui diritti e sui limiti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati e di quelli del minore di cui è legale rappresentante.

Data _____

Firma _____

Il presente modulo può essere inviato tramite:

- **Posta Elettronica Certificata (PEC):** protocollo@pec.asst-crema.it
- **Posta Elettronica Ordinaria (PEO):** protocollo@asst-crema.it
- **Raccomandata R/R:** ASST di Crema - Servizio Vaccinazioni | Via Meneghezzi, 14 | 26013 Crema
- **Consegna a mano a:** Protocollo ASST di Crema | Via Gramsci, 13 | 26013 Crema | Orari di apertura al pubblico: Dal Lunedì al Venerdì dalle 10 alle 12 | Martedì e Giovedì dalle 14 alle 16