

RICHIESTA RILASCIO CERTIFICATO VACCINALE

Spett.le ASL CN1
Servizio igiene e Sanità Pubblica
S.I.S.P.

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

CHIEDE

in qualità di

diretto interessato

genitore/tutore/esercente potestà genitoriale

coniuge

altro _____

il rilascio del certificato delle vaccinazioni, comprensive dei lotti dei vaccini inoculati, di:

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

per i seguenti motivi:

Il sottoscritto Delega al ritiro il sig. _____

doc. d'identità (allegare fotocopia documento identità) _____

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

data _____

firma (per esteso) _____

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità nr. _____

Rilasciato da _____ in data _____

Data _____ Il dipendente addetto _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo si utilizza per richiedere copia del certificato delle vaccinazioni con specificato il lotto dei vaccini inoculati.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il diretto interessato (se maggiorenne), il genitore, il tutore o l'amministratore di sostegno, altro.

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo può essere:

- a) Consegnato all'ufficio della S.C. SISP e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000);
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it.

Avvertenze

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ E TEMPI DI RISPOSTA

Il certificato richiesto può essere:

- ritirato di persona dal richiedente;
- ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.

TEMPO DI RISPOSTA: 30 gg

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslc1.it.

RIFERIMENTI

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

CUNEO - Corso Francia 10 – 12100 – tel.: 0171/450382

FOSSANO Via Lancimano 9 – 12045 – tel. 0172/699237

MONDOVI Via San Rocchetto 99 – 12084 - tel.: 0174/676137

SALUZZO Via del Follone 4 – 12037 – tel.: 0175/215613

SAVIGLIANO Via Torino 143 – 12038 – tel.: 0172/240683

Pec: sisp@aslc1.legalmailPA.it