



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-cremona.it
- **Posta Elettronica Ordinaria (PEO):** protocollo@asst-cremona.it
- **Raccomandata R/R:** Direzione Generale - Ufficio Protocollo | Viale Concordia 1 | 26100 Cremona
- **Consegna a mano a:** Protocollo ASST di Cremona | Viale Concordia 1 | 26100 Cremona | Orari di apertura al pubblico: Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 15.30