

Oggetto : Richiesta Certificato storico di vaccinazioni.

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____ Cod Fiscale _____
Telefono _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000),

CHIEDE

Certificato Storico di vaccinazioni per uso _____
da inviare alla seguente email _____

Per se stesso

Per conto del Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) _____

nato/a _____ il _____, dichiarando di essere il

Genitore

Erede Legittimo

Altro (specificare) _____

Data _____

Il/la dichiarante _____

Si allega fotocopia documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato.

I dati personali sono trattati ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)



Inquadra il Qrcode per accedere on-line alla sezione Privacy del sito internet istituzionale della Asl Bari e visionare l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito delle campagne vaccinali