Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. SERVIZIO IGIENE EPIDEMIOLOGIA e SANITA' PUBBLICA
C.da Casalena – 64100 Teramo
Direttore f.f.: Dott.ssa Marina Danese
Tel. 0861/420576-588
Email siesp@aslteramo.it
Pec siesp@pec.aslteramo.it

AUSL 4 TERAMO
Il meglio è nel tuo territorio

MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO VACCINALE

Io sottoscritto/a

cognome_____ nome _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

Via _____ n._____ tel. _____

residenza al periodo di vaccinazioni effettuate presso codesta ASL _____

CHIEDO

certificato di vaccinazione

SCELGO DI:

☐ Ritirare il certificato di persona nell'ambulatorio vaccinale del Distretto Sanitario di_____

☐ ricevere il certificato alla mail/Pec _____@_____

Trattamento dei dati personali: ai sensi art.13 e 14 Regolamento 2016/679/UE "regolamento generale sulla protezione dei dati personali" la informiamo che i Suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte della ASL di Teramo. IL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali è reperibile nella sala di attesa dell'ambulatorio vaccinale e sul sito aziendale http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue

Firma _____

☐ Autorizzo al trattamento dei dati personali

☐ Autorizzo l'eventuale uso del numero telefonico rilasciato per essere contattato per informative da parte di codesta Azienda Sanitaria.

Data _____

Firma _____

N.B. si allega copia documento