

Richiesta della Certificazione dello Stato Vaccinale

Al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica sede territoriale di:

- Bolzano: igiene-bz@pec.sabes.it
- Bressanone: igiene-bx@pec.sabes.it
- Brunico: igiene-bk@pec.sabes.it
- Merano: igiene-me@pec.sabes.it

Il sottoscritto/La sottoscritta _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

tel _____ documento d'identificazione n. _____

rilasciato da _____ il _____

chiede

- il rilascio in copia della **propria** certificazione dello stato vaccinale

oppure

- il rilascio in copia della certificazione dello stato vaccinale **di** _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

e dichiara

ai sensi della disposizione dell'art. 47 comma 3, Testo Unico sulla documentazione amministrativa (DPR n.445/00) barrando le caselle che interessano e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci, di essere:

- il/la diretto/a interessato/a
- l'esercente la responsabilità genitoriale
- il tutore/la tutrice della persona suddetta
- il curatore/la curatrice della persona suddetta
- l'amministratore di sostegno/l'amministratrice di sostegno della persona suddetta ed avendo la specifica competenza in relazione al decreto di nomina per la presentazione della domanda

Modalità di consegna della Certificazione dello Stato Vaccinale

Si chiede che la Certificazione dello Stato Vaccinale sia inoltrata secondo una delle seguenti modalità:

- posta ordinaria** inviata al seguente indirizzo _____
- PEC** al seguente indirizzo _____
- E-mail** al seguente indirizzo _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

Gentile cittadino,

i dati personali da Lei forniti, sono necessari per rilasciarLe il certificato dello stato vaccinale. Il conferimento dei dati è facoltativo; senza il conferimento non sarà possibile procedere al rilascio del certificato da Lei richiesto.

I dati personali raccolti verranno inoltrati dal Suo Comune all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, ovvero al servizio igiene e sanità pubblica del Comprensorio di riferimento.

I dati vengono trattati con sistemi informatici e/o manuali, attraverso procedure adeguate a garantirne la sicurezza. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in via Cassa di Risparmio 4, 39100 Bolzano. I Suoi dati non saranno diffusi e saranno comunicati ad altri soggetti solo se previsto obbligatoriamente da legge. I Suoi dati saranno trattati soltanto da Incaricati autorizzati al trattamento dei dati. I dati raccolti ai fini della presente richiesta saranno conservati solo per il tempo strettamente necessario.

Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di accesso ai dati personali rivolgendosi alla Cabina di regia privacy dell'Azienda Sanitaria all'indirizzo mail privacy@sabes.it

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica „Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato al rilascio della certificazione dello stato vaccinale“ di cui al presente modulo di richiesta.

Luogo e data _____ Firma del/della richiedente _____

Attestazione di consegna

Si attesta che questo modulo di richiesta di certificazione dello stato vaccinale è stato consegnato dalla sig./sig.ra _____ in data _____

ed è stato da preso in consegna da _____
(indicare il nome e cognome del funzionario)

luogo e data _____
firma del funzionario

Gentile cittadino/a,
relativamente all'istanza presentata, Le ricordiamo che potrà rivolgersi direttamente per qualsiasi informazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente indicando sempre il n. di protocollo della Sua istanza: