



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.: 05841760829 - www.asppalermo.org

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.C. Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva
Via Carmelo Onorato n. 6 – 90129 – Palermo (PA)
TEL. +39 091 7034603
e-mail uoc.epidemiologia@asppalermo.org

RICHIESTA CERTIFICATO VACCINALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____
a _____ (____)
C.F. _____ residente in _____ (____)
in Piazza/Corso/Via _____ n. ____
Numero di telefono _____

RICHIEDE

Il certificato vaccinale di (segnare con una croce una sola scelta)

- ☐ Se stesso/a
- ☐ Il/La proprio/a figlio/a _____ nato/a il ____/____/____
a _____ (____)
(in questo caso dichiara ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000, n.445 di averne potestà)

La persona di cui si richiede il certificato è stata residente, a partire dalla nascita, nei seguenti comuni (nel caso in cui il comune sia **Palermo**, indicare il relativo **indirizzo di residenza**): _____

e di aver vaccinato presso il centro/i vaccinale/i: _____

RICHIEDE, INOLTRE, DI VOLER ACQUISIRE IL CERTIFICATO

Ricevendolo nella propria casella e-mail (specificata qui di seguito in forma ben leggibile): _____

Con la sottoscrizione della presente il sottoscritto fornisce il **consenso al trattamento dei dati personali** nel rispetto della normativa vigente sulla privacy, secondo D. L. n°196 del 30/06/2003 e il Regolamento (UE) 679/2016, e dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali (www.asppalermo.org → Privacy).

Si allega copia leggibile fronte e retro del proprio documento d'identità in corso di validità

Luogo e data

Firma del richiedente

_____, li ____/____/____
