

RICHIESTA PER RITIRO TESSERA VACCINALE E ABILITAZIONE AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PER I MINORI

Il/la sottoscritto/a _____ Codice I.S.S. _____
 (cognome) (nome)

nato/a _____ il _____
 (luogo) (data)

consapevole che chiunque rende dichiarazioni false o mendaci è punito a norma delle leggi penali vigenti ai sensi dell'articolo 24 della Legge n.159/2011 e decade dei benefici eventualmente ottenuti, ai sensi dell'articolo 25 della Legge n.159/2011, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere il genitore e/o tutore esercente la potestà sul minore:

_____ Codice I.S.S. _____
 (cognome) (nome)

nato/a _____ il _____
 (luogo) (data)

CHIEDE

- il ritiro della tessera vaccinale del minore sopra indicato
- l'abilitazione al fascicolo sanitario elettronico del minore sopra indicato attraverso il proprio numero di cellulare n° _____

Il/la sottoscritto/a acconsente ai sensi e per gli effetti degli articoli 5 e 6 della Legge n.171/2018, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali e dei dati personali e sanitari del minore al fine dell'emissione e ritiro della tessera vaccinale e la fruizione del fascicolo sanitario elettronico.

Dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.sanmarino.sm- Canale Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali".

 Luogo e data

 Firma del Genitore e/o del Tutore