

COMUNE DI BARI SARDO

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI COVID-19 MANIFESTAZIONE DI ADESIONE SOMMINISTRAZIONE VACCINO ANTICOVID-19

Il/La sottoscritto/a

NOME: _____ COGNOME: _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.F. _____

TEL: _____ CELL _____ EMAIL _____

IN PROPRIO

IN QUALITÀ DI FIGLIO/FIGLIA/NIPOTE/TUTORE DI (indicare i dati della persona):

NOME: _____ COGNOME: _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.F. _____

MANIFESTA LA PROPRIA ADESIONE E CHIEDE

di essere sottoposto/a alla vaccinazione mediante somministrazione di vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19" o "Moderna".

A TAL FINE DICHIARA: (per se' per la persona per la quale trasmette la manifestazione di adesione)

di avere una esenzione per patologia (specificare il codice e descrizione esenzione)

di essere convivente

di essere familiare convivente

di essere caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto

del/della Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____ nato/a a

_____ (____) il ___/___/____, residente a

_____ (____) in _____ n° _____

il quale/la quale è stato/a dichiarato/a essere una persona:

con disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992, art. 3, comma 3, o in seguito a sentenza

estremamente vulnerabile in quanto: _____

di aver letto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto del diritto di revocare la propria adesione in qualsiasi momento, autorizza espressamente il Titolare del Trattamento e il personale addetto all'esecuzione del vaccino al trattamento dei dati personali propri e/o del familiare per gli usi consentiti dalla legge:

SI

NO

Data _____ Firma dell'interessato/familiare/tutore _____