

MODULO DI DELEGA ALLA VACCINAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il _____ Residente in via/piazza _____ n. _____
Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Codice fiscale _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____
Numero telefonico per eventuale contatto durante la seduta vaccinale _____ In
qualità di (genitore/tutore/amministratore di sostegno) di _____
Nato/a a _____ il _____ (dati della persona da vaccinare)

DELEGA

Il sig./la sig.ra _____ Nato/a a _____
Il _____ Residente in via/piazza _____ n. _____
Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Codice fiscale _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____

A consegnare per proprio conto i documenti sottoelencati:

- Modulo di consenso alla vaccinazione
- Questionario sulla salute del minore da vaccinare
- Copia documento di identità del delegante e del delegato

E DICHIARA

- di esprimere il consenso alla/e vaccinazione/i _____
- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato anch'egli a presenziare nella giornata odierna, o di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale
- che la persona delegata è in grado di fornire notizie riguardanti lo stato di salute della persona da vaccinare
- di aver preso visione e di aver compreso il contenuto della/e scheda/e informativa/e sulle vaccinazioni da effettuare a _____ nato/a a _____ il _____

- di aver avuto la possibilità di chiarire dubbi e domande con il proprio medico di famiglia/della struttura
- avere sottoscritto il modulo di consenso informato, in data _____

Data _____

Firma leggibile del delegante

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 GDPR

(Regolamento generale protezione dati (UE) 2016/679)

Gentile Interessato,

Le informazioni sul trattamento eseguito dal Titolare AZIENDA SOCIO SANITARIA LIGURE 5 (ASL 5) nei confronti dei Suoi dati personali sono disponibili in forma completa e trasparente nell'Informativa Generale, sempre disponibile alla pagina web <http://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformativaGenerale.pdf>, informazioni che qui devono intendersi integralmente applicabili.

Altresì, alla pagina web <http://www.asl5.liguria.it/privacy.aspx> potrà trovare sia i dati di contatto del Responsabile aziendale per la protezione dei dati personali sia le modalità di esercizio dei Suoi diritti in materia di privacy.

I trattamenti di Suoi dati personali per le finalità del rilascio del certificato di cui all'art. 4, comma 2 lettera b) del Decreto Legge 4 maggio 2022, n. 41 sono effettuati nel rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del citato regolamento (UE) 2016/679, adottando misure appropriate a tutela dei diritti e delle libertà degli interessati.

Il Titolare del trattamento ASL5

_____, li, _____

FIRMA