



CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI COVID-19

CITTADINI ULTRAOTTANTENNI

PRENOTAZIONE SOMMINISTRAZIONE VACCINO ANTICOID-19

DATI DEL SOGGETTO CHE INTENDE PRENOTARSI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO

Il/La sottoscritto/a

NOME: _____ COGNOME: _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA/PIAZZA N. _____ N. _____

C.F. _____

▶ MANIFESTA LA PROPRIA ADESIONE E CHIEDE

di essere sottoposto alla vaccinazione mediante somministrazione di vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

A TAL FINE DICHIARA:

- 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 test al trattamento dei dati personali propri e/o del familiare

ultraottantenne per gli usi consentiti dalla legge:

SI

NO

DATI DEL REFERENTE SE DIVERSO DALL'INTERESSATO (FAMILIARE INCARICATO, TUTORE ECC)

Il/La sottoscritto/a

NOME: _____ COGNOME: _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA/PIAZZA N. _____ N. _____

C.F. _____

N° TELEFONO _____ PER ESSERE RICONTATTATI

Data ___/___/____

Firma dell'interessato/familiare incaricato/tutore _____