

All. 1: RICHIESTA CERTIFICATO DI ESENZIONE VACCINAZIONE ANTICOID-19

(ai sensi del DPCM n.5 del 4 febbraio 2022, della Circ. Min. Sal. 0035309-04/08/2021 e s.m.i. e del DL n. 167 del 26.11.2021)

(compilare in stampatello – calligrafia leggibile)

Il/la sottoscritto/a

nato a (.....) il.....

residente/domiciliato nella ASL FR, Via/Piazza..... n..... CAP

Comune Provincia

CF/ENI/STP/AIRE

n. cellulare..... email.....

Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta **non partecipante alla Campagna Vaccinale Covid-19:**

Dr.

RICHIEDE

il rilascio del certificato di esenzione dalla vaccinazione anti-covid-19 sostitutivo del Green Pass e a tal fine allega:

- copia di referti ed esami in suo possesso
- copia del documento di identità in corso di validità datato e firmato
- copia della tessera sanitaria fronte/retro
- copia della eventuale pregressa esenzione cartacea

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE2016/679 di seguito anche "GDPR"), l'ASL Frosinone con sede in Frosinone, Via A. Fabi snc, informa che, in qualità di Titolare del Trattamento, tratterà i dati inseriti nel presente modulo e contenuti nei suoi allegati consegnatici direttamente dall'interessato o da chi ne esercita la rappresentanza legale, anche appartenenti a categorie particolari (ovvero i dati relativi allo stato di salute), per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta di esenzione. Base giuridica del trattamento si rinviene nell'essere lo stesso necessario per finalità di gestione dei sistemi e servizi sanitari (art.9, par. 2, lett. h del GDPR). I dati non saranno soggetti a diffusione e verranno da noi conservati, fatto salvo ogni obbligo di legge, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al soddisfacimento delle finalità sopra indicate.

I diritti degli interessati potranno essere esercitati rivolgendosi al Titolare del Trattamento, anche per il tramite del Responsabile della Protezione Dati, al seguente contatto: direzione.generale@aslfrosinone.it.

Laddove l'interessato ritenesse, infine, che il trattamento dei propri dati personali effettuato in relazione a quanto indicato nelle presenti informazioni avvenga in violazione del GDPR, questi ha il diritto di proporre reclamo all'autorità Garante per la Protezione dei Dati personali, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso ovvero di adire le opportune sedi giudiziarie (art.79 del GDPR).

Sede _____ Data _____

Firma leggibile

ASL Frosinone Via Armando Fabi snc 03100 Frosinone	Tel. 0775.8821 www.asl.fr.it p.iva 01886690609	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U. O. S. COORDINAMENTO ATTIVITA' VACCINALI Responsabile Dr.ssa Maria Gabriella Calenda SEDE CENTRALE FROSINONE – Via A. Fabi snc Telefono 0775 8822126 – 0775 8822127 – Fax 0775 8822128 Email: consped.frosinone@aslfrosinone.it mariaabriella.calenda@aslfrosinone.it
---	---	---

Spazio riservato alla ASL FR

Medico certificatore:

Nome _____ Cognome _____

CF

Sede Vaccinale _____ Comune _____

Richiesta acquisita il _____

TIMBRO E FIRMA del MEDICO

INSERIMENTO IN SISTEMA TS

Certificazione valida dal _____ al _____

Codice CUEV : _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA del MEDICO
