



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Distretto del Veneziano

Direttore: Dott. Vittorio Selle

Mestre – Via San Lorenzo Giustiniani 11d – Tel. 041.2608957 – Fax 041.2608995 sispambme@aulss3.veneto.it

Venezia – Dorsoduro 1464 – Tel. 041.5295857 – Fax 041.5295837 sispambve@aulss3.veneto.it

MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE VACCINALE e/o SANITARIA

Io sottoscritto/a:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....Prov.....il...../...../.....

Residente a.....Prov.....Via.....

Telefono

In qualità di esercente la potestà di genitore tutore curatore

amministratore di sostegno di:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il...../...../.....

Residente a.....Prov.....Via.....

Richiede copia di:

- Certificato vaccinale
- Documentazione sanitaria

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il...../...../.....

Residente in.....

Via.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, allega la fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità.

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data_____

Firma_____



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Distretto del Veneziano

Direttore: Dott. Vittorio Selle

Mestre – Via San Lorenzo Giustiniani 11d – Tel. 041.2608957 – Fax 041.2608995 sispambme@aulss3.veneto.it

Venezia – Dorsoduro 1464 – Tel. 041.5295857 – Fax 041.5295837 sispambve@aulss3.veneto.it

**Il sottoscritto richiedente esprime la volontà che quanto sopra richiesto
venga inviato:**

Al seguente numero di fax _____

Al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

ED ESONERA L'AZIENDA DA OGNI RESPONSABILITÀ

- **di ricezione incompleta od illeggibile dei dati trasmessi;**
- **di conoscenza accidentale dei dati sanitari da parte di terzi soggetti.**

Allega a tal fine la fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____