

(da barrare solo nel caso in cui il soggetto sia stato danneggiato da vaccinazione)

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

B. Documenti sanitari

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sotto indicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via n.
 CAP. Città Prov.
 telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLGS 30 Giugno 2003 n. 196, dichiaro di essere stato informato che:

- 1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
- 2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;
- 3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
- 4. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria Locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsto dall'art.7 del DLGS 30 giugno 2003 n. 196.

....., li |__| |__| |__|
 (luogo) (data)

 (firma estesa leggibile)