

MODULO ADESIONE VACCINAZIONE COVID ULTRA OTTANTENNI (compresi i nati nel 1941)

In relazione alla prossima campagna vaccinale per COVID 19 per ultra ottantenni,

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

assistito del Dott/Dott.ssa _____

cellulare (anche di un parente/amico) _____

email (anche di un parente/amico) _____

SI DICHIARA FAVOREVOLE AD ESSERE SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 , del Regolamento 2016/679 (GDPR)n e del D. lgs n. 101/2018, il/la sottoscritto/a, autorizza il trattamento dei dati personali

Data _____

Firma _____

**IMBUCARE IL MODULO DI ADESIONE COMPILATO IN
TUTTE LE SUE PARTI NELLA CASSETTINA PER LE RICETTE
DEL PROPRIO MEDICO !!!**

Si precisa che il medico di base segnala all'ASL i nominativi dei propri assistiti intenzionati a vaccinarsi e che l'Asl provvederà a definire gli appuntamenti e a indicare luogo, data e ora della convocazione per la vaccinazione tramite sms o mail