



Azienda Sanitaria Provinciale Messina  
Via Giuseppe La Farina, 263/n – 98123 Messina  
P.IVA 03051870834

## Modulo di richiesta copia della documentazione vaccinale e/o sanitaria

Io sottoscritto/a

Nome  Cognome

nato/a  provincia di  il

residente in  provincia di

via  telefono

in qualità di esercente la potestà di genitore tutore curatore amministratore di sostegno di:

Nome  Cognome

Nato/a a  il

Residente in  provincia  via

RICHIEDE COPIA DI

- CERTIFICATO VACCINALE  
 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

A sensi dell'Art. 38, D.P.R. 445/200, allega la fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità.

Data

Firma

Dichiaro/a di essere informato, ai sensi e per gli effetti del R.E. 979/2016 che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa