

Il sottoscritto/a

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Tipologia e numero documento identificativo _____

Telefono _____

E-mail _____

Medico che ha emesso il certificato di esenzione _____

Richiede il rilascio della certificazione di esenzione alla vaccinazione anti SARS-CoV-2 in formato digitale.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo e data

Firma

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nel presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la richiesta viene effettuata.