



DICHIARAZIONE PER VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN CASO DI PERSONA MINORENNE

Il sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

genitore/tutore del minore (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

relativamente alla somministrazione al minore del vaccino antinfluenzale

DICHIARA

di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore: (nome e cognome) _____;
(data di nascita) _____ ;

oppure

di esercitare da sola/o la potestà genitoriale,

Luogo, data _____

Firma del genitore o di chi esercita la tutela

INFORMATIVA

I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati con le modalità previste dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (EU) 2016/679; D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.) e utilizzati unicamente per le finalità istituzionali indicate. L'informativa completa sul sito web www.ausl.re.it/privacy