



DOSE ADDIZIONALE ANTI COVID

SI CERTIFICA CHE

il/la Signor/a (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

rientra in una delle condizioni ad oggi individuate dal Ministero della Salute nella Circolare del 14 settembre 2021 per la somministrazione della dose addizionale e più precisamente

- Trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva
- Trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica)
- Persone in attesa di trapianto d'organo
- Terapie a base di cellule T esprimenti un Recettore Chimerico Antigenico (cellule CART)
- Patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure
- Immunodeficienze primitive (es. sindrome di DiGeorge, sindrome di Wiskott-Aldrich, immunodeficienza comune variabile, ecc.)
- Immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es: terapia corticosteroidica ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario, ecc.)
- Dialisi e insufficienza renale cronica grave
- Pregressa splenectomia
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) con conta dei linfociti T CD4+ < 200cellule/ μ l o sulla base di giudizio clinico

Data _____ timbro e firma del Medico _____

I dati da lei dichiarati sono utilizzati in forma cartacea e/o informatizzata, per le sole finalità strettamente connesse alla attività in oggetto, dagli operatori degli uffici competenti, incaricati ed istruiti.

In qualunque momento può richiedere l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati ed esercitare il diritto di opposizione al trattamento. A tal fine è possibile presentare apposita istanza al responsabile della protezione dei dati dell'Azienda, scrivendo all'indirizzo dpo@ausl.pr.it

Ricorrendone i presupposti, è possibile anche presentare un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Parma, con sede a Parma in Strada del Quartiere n. 2/A.