

**RICHIESTA CERTIFICAZIONI  
(CERTIFICATO VACCINALE, CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED  
AMBITO SCOLASTICO-EDUCATIVO..)**

**Nota per il richiedente: il certificato vaccinale che attesta tutte le vaccinazioni eseguite presso l'Ausl di Parma è disponibile nel proprio Fascicolo Sanitario Elettronico.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**in qualità di**

- diretto interessato
- esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore \_\_\_\_\_
- legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_
- legittimo erede di \_\_\_\_\_
- delegato di \_\_\_\_\_

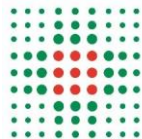
**Chiede**

il rilascio di copia semplice in formato cartaceo o digitale del

- CERTIFICATO VACCINALE
- CERTIFICATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO-EDUCATIVO
- Altra certificazione (specificare) \_\_\_\_\_

di (NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_



Per il ritiro della documentazione:

**PROVEDERA' PERSONALMENTE**

**DELEGA** il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Documento di riconoscimento  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**RICHIEDE L'INVIO A MEZZO EMAIL AL SEGUENTE**

**INDIRIZZO\*** \_\_\_\_\_

**di cui ne dichiara l'uso/accesso esclusivo.**

*\* Il richiedente è consapevole che la posta elettronica ordinaria (non PEC) non è un canale sicuro e non garantisce certezza di consegna del messaggio. Il richiedente autorizza comunque l'Azienda USL di Parma a trasmettere il certificato vaccinale ad un indirizzo di posta elettronica non certificata utilizzando le modalità di protezione degli allegati previste dalle istruzioni operative aziendali in uso.*

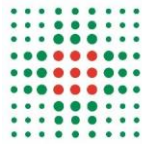
Il sottoscritto è consapevole che ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)

### **Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR**

I dati da lei forniti sono utilizzati nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. L'Azienda Usl di Parma tratta i suoi dati personali nell'esecuzione di un obbligo di legge. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi, tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento. Il conferimento dei dati è obbligatorio; in caso di mancato conferimento dei dati non sarà possibile avviare il procedimento.

Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. Del GDPR: a tal fine può presentare apposita istanza alla Azienda Usl di Parma contattando il Responsabile della protezione dei dati: c/o Strada del Quartiere 2/a Parma 43125, oppure via email [dpo@ausl.pr.it](mailto:dpo@ausl.pr.it).



Allegati:

- Documento di riconoscimento del richiedente (obbligatorio per qualsiasi tipologia di richiesta)
- Documento di riconoscimento del delegato (obbligatorio in caso di ritiro tramite delega)

Luogo e data

Firma del richiedente/delegante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

----- Spazio dedicato all'Ufficio -----

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

presso il Servizio di \_\_\_\_\_

Acquisita la richiesta documentale e verificata la legittimazione della stessa, dispone il rilascio in copia semplice.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_