

AUTOCERTIFICAZIONE

ESENZIONE DA VACCINAZIONE ANTI VIRUS SARS-COV-2 PER
MOTIVI MEDICI CERTIFICATI

Ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a il ____ / ____ / _____

a _____ (____), residente in _____ (____),

indirizzo _____,

recapito telefonico o mail _____

(da compilare all'occorrenza)

genitore o tutore legale del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

(per il minore in caso di compilazione da parte del genitore o tutore):

- 1) di essere esentato per motivi medici certificati dalla vaccinazione anti virus Sars-CoV-2
 1 bis) IN ALTERNATIVA: che il minore è esentato per motivi medici certificati dalla vaccinazione anti virus Sars-CoV-2
 2) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni mendaci o incomplete.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati raccolti con la presente saranno trattati nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy, in particolare:

- non saranno in alcun modo pubblicati su qualsivoglia canale
- non saranno in alcun modo ceduti a terzi e resteranno a disposizione di Fondazione Cascina Roccafranca per i tempi consentiti dalla legge.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Acconsento al trattamento dei dati *	SI	NO
--------------------------------------	----	----

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute collegate a sintomi riconducibili a infezione da virus Sars-CoV-2 nei 14 giorni successivi alla data della presente..

Data _____

Firma _____

(del genitore o tutore in caso di minore)