



_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

_____ nat ____ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____ ,n° _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____ / ____ / ____

Luogo _____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,
Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1** I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2** Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3** Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4** I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5** Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6** In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).

DETTAGLI OPERATIVI DELLA VACCINAZIONE

PRIMA DOSE

SITO DI INIEZIONE		LOTTO N°	DATA DI SCADENZA	LUOGO SOMMINISTRAZIONE	DATA E ORA SOMMINISTRAZIONE
<input type="checkbox"/> BRACCIO DESTRO	<input type="checkbox"/> BRACCIO SINISTRO	_____	__/__/____	_____	__/__/____

Nome Sanitari

SECONDA DOSE

SITO DI INIEZIONE		LOTTO N°	DATA DI SCADENZA	LUOGO SOMMINISTRAZIONE	DATA E ORA SOMMINISTRAZIONE
<input type="checkbox"/> BRACCIO DESTRO	<input type="checkbox"/> BRACCIO SINISTRO	_____	__/__/____	_____	__/__/____

Nome Sanitari
