



COMUNE DI  
BUDONI

## CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI COVID-19

### MANIFESTAZIONE DI ADESIONE E CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTI COVID-19

Il/La sottoscritto/a

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

- IN PROPRIO  
 IN QUALITÀ DI FIGLIO/FIGLIA/NIPOTE/TUTORE DI:

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

- MANIFESTA LA PROPRIA ADESIONE, IL PROPRIO CONSENSO E CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA VACCINAZIONE MEDIANTE SOMMINISTRAZIONE DI VACCINO:** \_\_\_\_\_

#### A TAL FINE DICHIARA:

- di conoscere l'informativa relativa al trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

#### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI\*

Preso atto del diritto di revocare la propria adesione in qualsiasi momento, autorizza espressamente il Titolare del Trattamento e il personale addetto all'esecuzione del test al trattamento dei dati personali propri e/o del familiare ultraottantenne per gli usi consentiti dalla legge:

- SI**  
 **NO**

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato/familiare/tutore \_\_\_\_\_

\*I dati ricevuti verranno trasmessi all'ente sanitario competente e trattati nel rispetto della normativa vigente