

Dip.to Malattie di Genere, Genitorialità, Bambino e Adolescente
U.O.C. Tutela Salute Donna ed Età Evolutiva ASL Roma 2

Data ___/___/___

DELEGA VALIDA PER ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI A PARTIRE DALLE 2^e DOSI

Nome e Cognome del vaccinando _____

Nato/a _____ il ___/___/___ C.F. _____

Domiciliato a Roma in _____

CAP _____ Municipio _____,

Dati identificativi di chi esercita la responsabilità genitoriale, o del legale rappresentante (tutore, ecc.) (allegare fotocopia di documento personale)

Padre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il ___/___/___

Identificato tramite documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/___

scadenza ___/___/___ C.F. _____ - Recapito telefonico _____

Madre (Nome e Cognome): _____ nata a _____ il ___/___/___

Identificato tramite documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/___

scadenza ___/___/___ C.F. _____ - Recapito telefonico _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato a _____ il ___/___/___

Identificato tramite documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/___

scadenza ___/___/___ C.F. _____ - Recapito telefonico _____

I sottoscritti, padre e madre o tutore del bambino/a _____
impossibilitati a presenziare

DELEGA/DELEGANO

La/Il Sig./Sig.ra _____

Nata a _____ il _____

Identificato tramite documento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il ___/___/___ scadenza ___/___/___ C.F. _____ -

Recapito telefonico _____

a presenziare in propria vece alle vaccinazioni del proprio figlio/a.

Con la sottoscrizione della presente sollevo sin da ora la ASL Roma 2 da qualsiasi responsabilità inerente gli effetti derivanti dalla presente DELEGA.

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Firma del legale rappresentante (tutore o altro) _____

Dip.to Malattie di Genere, Genitorialità, Bambino e Adolescente
U.O.C. Tutela Salute Donna ed Età Evolutiva ASL Roma 2

Informativa ex art. 13 Regolamento 2016/679/UE

I dati conferiti mediante la compilazione del presente modulo e allo stesso allegati saranno trattati dalla Asl Roma 2 con sede in Via Filippo Meda 35 00157 Roma in qualità di Titolare del trattamento sulla base dello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, al solo scopo di consentire l'effettuazione della somministrazione vaccinale e i conseguenti adempimenti amministrativi e di legge e verranno trattati, fatto salvo il caso di eventuale contenzioso ovvero di obblighi di legge, per 12 mesi dalla raccolta, trascorsi i quali verranno distrutti. I dati in questione, che saranno trattati solo da personale appositamente autorizzato nel rispetto di adeguate misure di sicurezza, non saranno diffusi e potranno essere comunicati solo a Pubbliche Amministrazioni e Autorità cui la comunicazione risulti necessaria per richiesta legittimata da disposizione normativa ovvero per legge. Rispetto ai dati conferiti, a tutti gli interessati sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento fra i quali chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti per legge. Per far valere i propri diritti, è possibile rivolgersi al Responsabile della Protezione dei dati domiciliato per la funzione presso gli Uffici di Via Filippo Meda 35 00157 Roma e sempre contattabile all'indirizzo dpo@aslroma2.it. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato dalla ASL Roma 2 in relazione al presente modulo avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).