**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE**
DIPARTIMENTO di PREVENZIONE
Via Chiusaforte, 2 - 33100 Udine
Centralino dipartimento 0432 553221 Fax: 0432 55 3255
www.asuiud.sanita.fvg.it - dip@asuiud.sanita.fvg.it

# PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra _____

Nato/a _____ Il _____

Stato di nascita _____

| CF | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

TEL /cell _____

Indirizzo mail _____

**CHIEDO la seguente documentazione sanitaria:**

☐ il referto dell'esame per la ricerca degli anticorpi del tetano (IgG)

☐ il tesserino delle vaccinazioni

☐ la copia del certificato internazionale di vaccinazioni o profilassi

Allego la fotocopia di un mio documento di identità in corso di validità.

**SCELGO di:**

☐ ritirare la documentazione sanitaria di cui sopra nell'ambulatorio della Struttura Operativa Complessa Igiene e Sanità Pubblica del distretto sanitario di residenza

☐ fare ritirare il certificato a una persona delegata

Sono consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda per i Servizi Sanitari effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta è presentata.

data_____ firma _____

**DELEGO:**

Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

TEL /cell _____

**A RITIRARE**

☐ il referto dell'esame per la ricerca degli anticorpi del tetano (IgG)
il tesserino delle vaccinazioni
la copia del certificato internazionale di vaccinazioni o profilassi

data_____ firma _____

| **SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI** |
|---|
| **Tipo e numero del documento di identità del delegato:** _____ |
| |
| _____ |
| **data**_____ **Firma e timbro** *(L'operatore)*_____ |
| |
| **Firma del delegato (per conferma del ritiro)**_____ |