

All'Azienda Sanitaria _____

La/Il sottoscritto/a _____ *nome e cognome* _____,

nata/o il _____ a _____,

residente in _____ *comune* _____, _____ *via/piazza* _____, n. _____,

codice fiscale _____

n. di telefono _____,

comunica di avere ricevuto **in data** _____

l'avvio del procedimento sanzionatorio n. _____ **relativo all'inadempienza dell'obbligo vaccinale.**

A tal fine, invia la seguente documentazione che attesta:

l'esonero o il differimento dell'obbligo vaccinale mediante certificazione del medico vaccinatore o del medico di medicina generale;

l'assoluta impossibilità a vaccinarsi entro i termini di legge (NB: non sono accettate autocertificazioni, i motivi di esonero/differimento/assoluta impossibilità devono essere documentati).

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente comunicazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma
