

**RICHIESTA ADESIONE
CAMPAGNA VACCINALE ANTI
SARS-CoV-2**



Il/La sottoscritto/a
Nato/a a Provincia il
Residente in
Provincia Piazza/Via n°
Codice Fiscale
email
PEC
cellulare +39

COMUNICA

La propria adesione alla campagna vaccinale anti SARS-CoV-2 rivolta a tutti i sanitari in attività nel territorio regionale, **NON OPERANTI nelle strutture del SSR.**

Consapevole altresì che la propria richiesta di adesione verrà comunicata a tutte le autorità competenti coinvolte (ASL, Regione Lazio, Ministero della Salute)

> ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO DI RICONOSCIMENTO <

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

Data,

N.B. inviare questa comunicazione, compilata in ogni sua parte, a iomivaccino@opi.fr.it