

La vaccinazione anti Covid ai conviventi dei pazienti vulnerabili IOV



Gentile Signora, Gentile Signore,

La Campagna Vaccinale contro il Sars - Cov 2 /Covid 19 prevede che si sottopongano a vaccinazione anche i conviventi dei soggetti vulnerabili. La vaccinazione è prevista solo per i soggetti di età superiore a 16 anni.



**Compili quindi questa dichiarazione
che permetterà di fornire alla AULSS di residenza i dati per organizzare la
vaccinazione dei conviventi
GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE !**

Il/La sottoscritto/anato/a ila.....

Numero di telefono,

DICHIARA

Che le persone qui di seguito indicate convivono in modo stabile con il sottoscritto/a

Autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione unicamente per gli scopi per cui viene richiesto, ai sensi del GDPR 679/2016.

DATA..... FIRMA

SCRIVERE IN STAMPATELLO E FIRMARE IN MODO LEGGIBILE

Lo IOV fornirà i dati dei conviventi da lei forniti alla AULSS di residenza che provvederà alla chiamata

Regione del Veneto
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

C. F. / P. I. 04074560287



REGIONE DEL VENETO

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Cognome e Nome (paziente) _____

Convivente 1

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita ___/___/___ **Codice Fiscale** _____

Numero di telefono _____ **AULSS** _____

Convivente 2

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita ___/___/___ **Codice Fiscale** _____

Numero di telefono _____ **AULSS** _____

Convivente 3

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita ___/___/___ **Codice Fiscale** _____

Numero di telefono _____ **AULSS** _____

Firma del Paziente _____