



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
IL COMMISSARIO AD ACTA PER LE ATTIVITÀ DI SUPPORTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E OSPEDALIERE INSISTENTI
NELL'AREA METROPOLITANA DI PALERMO PER EMERGENZA COVID-19

**Al Commissario ad acta per le attività di
supporto delle strutture sanitarie e ospedaliere insistenti nell'area metropolitana
di Palermo
per l'emergenza covid 19**

Richiesta certificazione verde COVID-19

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ Provincia () il ___/___/_____
Residente a _____ via _____
Codice Fiscale _____
Recapito telefonico _____
Indirizzo email (stampatello) _____
documento d'identità tipologia _____ n. _____
Centro di vaccinazione 1° e 2° dose (eventuale) _____

Rappresentato dal Genitore/tutore/delegato (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ Provincia _____ il ___/___/_____
Codice Fiscale _____

RICHIEDE

il rilascio del Digital Green Certificate (DGC), emesso dalla piattaforma nazionale del Ministero della Salute, attraverso i seguenti dati:

Ultime 8 cifre numero di identificazione tessera sanitaria: _____
Data di scadenza tessera sanitaria ___/___/___

Lingua della certificazione

- ITALIANO – INGLESE
 ITALIANO – INGLESE – TEDESCO
 ITALIANO – INGLESE –FRANCESE

Il/La sottoscritto/a dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa. La presente dichiarazione viene resa ai sensi dell'art 46 del DPR n.445/2000 e s.m.i. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Si allega, a tal fine, copia del proprio documento di identità in corso di validità e tessera sanitaria (fronte/retro) ed, eventualmente, del delegante.

Luogo e Data _____ Firma _____



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

IL COMMISSARIO AD ACTA PER LE ATTIVITÀ DI SUPPORTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E OSPEDALIERE INSISTENTI
NELL'AREA METROPOLITANA DI PALERMO PER EMERGENZA COVID-19

**Al Commissario ad acta per le attività di
supporto delle strutture sanitarie e ospedaliere insistenti nell'area metropolitana
di Palermo
per l'emergenza covid 19**

Modulo di richiesta – Certificato di guarigione

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ Provincia () il ___/___/_____
Residente a _____ via _____
Codice Fiscale _____
Recapito telefonico _____
Indirizzo email (stampatello) _____
documento d'identità tipologia _____ n. _____
Centro di vaccinazione 1° e 2° dose (eventuale) _____

Rappresentato dal Genitore/tutore/delegato (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ Provincia _____ il ___/___/_____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

il rilascio del certificato di avvenuta guarigione da infezione COVID-19, in virtù del tampone positivo del _____ e in ottemperanza ai protocolli ministeriali, come da documentazione che si allega alla presente.

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili

Il/La sottoscritto/a, le cui generalità sono sopra riportate, informato/a sui diritti e sui limiti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui è legale rappresentante ai fini del rilascio della certificazione per gli annessi adempimenti legati all'emissione del c.d. "Green Pass".

Si allega:

- copia del documento d'identità;
- copia della tessera sanitaria;
- copia del certificato di fine isolamento;
- qualora in possesso, copia del referto del tampone positivo e di avvenuta negativizzazione;
- eventuale copia del documento d'identità del minore e delegante/delegato.

Luogo e Data _____ Firma _____