

**Istanza per l'accesso agli atti amministrativi ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016 (F.O.I.A.) per visione e copia**

Ulss 2  
Regione Veneto;

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ indirizzo email (o PEC) al quale inviare eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2 e ss. del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, di:

- prendere visione del registro delle vaccinazioni contenente tutta la “cronistoria” relativa alle vaccinazioni effettuate su mio figlio/a \_\_\_\_\_ e tutte le ulteriori informazioni relative allo stato di vaccinazione, all'assistente sanitario/a o infermiere/a che abbia espletato tali incombenze;
- ottenere copia semplice in formato cartaceo/su cd/tramite posta elettronica della *supra* indicata documentazione.

Si allega copia documento di riconoscimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex. Art. 23 del D.Lgs 196/03**

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_