

**MODULO CONVOCAZIONE ALLA VACCINAZIONE COVID-19****ULTRA OTTANTENNI**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE (facoltativo) \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

**CELLULARE DI RIFERIMENTO (compilare obbligatoriamente)** \_\_\_\_\_**ADERISCE ALLA VACCINAZIONE?** SI  NO **SE ADERISCE ALLA VACCINAZIONE**

NECESSITA DI VACCINAZIONE A DOMICILIO PERCHE' NON TRASPORTABILE ?

SI  NO 

HA AVUTO IL COVID -19 DA MENO DI TRE MESI ?

SI  NO 

MEDICO DI MEDICINA GENERALE CURANTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSISTITO O DEL TUTORE/ADS \_\_\_\_\_

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

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016**

La presente Informativa viene resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. I Suoi dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo le finalità dettagliate nell'informativa pubblicata nella sezione privacy del sito web aziendale. Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per l'ULSS 4 Veneto Orientale di soddisfare la sua richiesta. Lei può vantare i diritti di cui agli artt. 15 -22 del GDPR, presentando istanza al Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, ULSS 4 Veneto Orientale, con sede legale in Piazza De Gasperi n. 5 – San Donà di Piave (VE).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_



## LETTERA INVITO AGLI ULTRA OTTANTENNI ALLA VACCINAZIONE COVID-19

GENTILE SIGNORA/E,

RISULTA DAL REGISTRO VACCINALE CHE LEI NON HA ANCORA RICEVUTO LA VACCINAZIONE CONTRO IL COVID 19.

LA VACCINAZIONE È L'UNICA ARMA CONOSCIUTA CHE PERMETTE DI EVITARE LA MALATTIA COVID-19, CHE NELLE PERSONE FRAGILI: ANZIANE, CON MALATTIE CRONICHE, PUO' AVERE UNA EVOLUZIONE MOLTO GRAVE, CON NECESSITA' DI RICOVERO E CURE INTENSIVE.

SI RACCOMANDA PERTANTO DI ADERIRE ALLA PROPOSTA DI VACCINAZIONE, IN TAL CASO RICEVERA' L'APPUNTAMENTO PER LA SEDUTA VACCINALE CHE LE VERRA' INVIATO A BREVE MEDIANTE UN MESSAGGIO NEL SUO TELEFONINO (O QUELLO DI UN SUO FAMILIARE).

NEL CASO ABBIA DIFFICOLTA' DI MOVIMENTO, IL VACCINO LE SARA' SOMMINISTRATO SENZA SCENDERE DALL'AUTO.

NEL CASO IN CUI LA SUA SITUAZIONE LE IMPEDISCA DI USCIRE DI CASA, VERRA' VACCINATA PRESSO IL SUO DOMICILIO DA UN MEDICO DEL DISTRETTO SANITARIO O DAL SUO MEDICO DI FAMIGLIA.

CON L'AUSPICIO CHE LEI POSSA ACCOGLIERE L'OFFERTA DI VACCINAZIONE, LA SALUTO CORDIALMENTE.

IL DIRETTORE GENERALE  
MAURO FILIPPI