



Il sottoscritto/a / **আমি, নিম্নস্বাক্ষরকারী,**

Nome / **নাম** _____

Cognome / **নামের শেষাংশ** _____

Data di nascita / **জন্ম তারিখ** _____

Luogo di nascita / **জন্মস্থান** _____

Codice Fiscale / **ট্যাক্স শনাক্তকরণ নম্বর** _____

Tipologia e numero documento identificativo / **শনাক্তকরণ নথির ধরন এবং সংখ্যা** _____

Telefono / **ফোন নম্বর** _____

E-mail / **ই-মেইল ঠিকানা** _____

Medico che ha emesso il certificato di esenzione / **অব্যাহতি শংসাপত্র জারি করা ডাক্তারের নাম** _____

Richiede il rilascio della certificazione di esenzione alla vaccinazione anti SARS-CoV-2 in formato digitale. / **ডিজিটাল ফরম্যাটে SARS-CoV-2 টিকামুক্তির শংসাপত্র জারির জন্য আবেদন করছি।**

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679). / **আমি আইনগত ডিক্রি নম্বর 101/2018 অনুসারে ব্যক্তিগত ডেটা প্রক্রিয়াকরণের অনুমোদন দিই এবং GDPR (ইউরোপীয় ইউনিয়নের রেগুলেশন 2016/679) অনুসারে।**

Luogo e data / **স্থান ও তারিখ**

Firma / **স্বাক্ষর**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nel presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la richiesta viene effettuata. / **আমরা আপনাকে জানাচ্ছি যে এই নথিতে থাকা ব্যক্তিগত ডেটা এমনকি আইটি সরঞ্জামগুলির সাথেও প্রক্রিয়া করা হবে এবং একচেটিয়াভাবে যে পদ্ধতির জন্য এই নথিটি তৈরি করা হয়েছে তার অংশ হিসাবে, 30 জুন 2003 এর আইনজীবি সংখ্যা 196 এর অনুচ্ছেদ 13 অনুসারে।**