



Il sottoscritto/a / **I, the undersigned,**

Nome / **First name** \_\_\_\_\_

Cognome / **Last name** \_\_\_\_\_

Data di nascita / **Date of birth** \_\_\_\_\_

Luogo di nascita / **Place of birth** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / **Tax identification no.** \_\_\_\_\_

Tipologia e numero documento identificativo  
**Type and number of identification document** \_\_\_\_\_

Telefono / **Phone** \_\_\_\_\_

E-mail / **E-mail address** \_\_\_\_\_

Medico che ha emesso il certificato di esenzione  
**Name of the Doctor who issued the exemption certificate** \_\_\_\_\_

Richiede il rilascio della certificazione di esenzione alla vaccinazione anti SARS-CoV-2 in formato digitale. / **apply for the issuance of the SARS-CoV-2 vaccination exemption certificate in digital format.**

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679). / **I authorize the processing of personal data pursuant to the Legislative Decree no. 101/2018 and the GDPR (Regulation EU 2016/679).**

Luogo e data / **Place and date**  
Firma / **Signature**

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. / **Pursuant to art. 13 of the Legislative Decree no. 196 of 30 June 2003, we inform you that the personal data contained in this document will be processed even with IT tools and exclusively as part of the procedure for which this document is made.**