

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ Provincia (____) il ____/____/____
Residente a _____ via _____
Codice Fiscale _____
Recapito telefonico _____
Indirizzo email (stampatello) _____

Genitore/tutore/delegato di (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 _____