

## Vaccino anti allergico per asma o per veleno di imenotteri: richiesta di autorizzazione all'acquisto

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

in qualità di

diretto interessato

genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

tutore/affidatario

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

### CHIEDO

l'autorizzazione all'acquisto del vaccino anti allergico

*barrare UNA casella*

per asma

per veleno di imenotteri

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

ricevere il parere sulla mia richiesta di autorizzazione per posta elettronica, all'indirizzo (specificare)

consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

ricevere il parere sulla mia richiesta di autorizzazione per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato)

Via

Comune

CAP

Prov.

## ALLEGO

- il certificato, con diagnosi e prescrizione del vaccino, di un medico specialista di struttura pubblica
- una copia di un documento di identità in corso di validità

## SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (*per esteso e leggibile*)

---

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere l'autorizzazione

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto:sportelloonline@pec.ausl.mo.it), trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

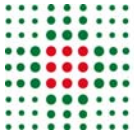
**ATTENZIONE!** Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

### Come chiedere il rimborso

Per chiedere il rimborso deve presentare:

1. il modulo "Vaccino anti allergico per asma o per veleno di imenotteri: richiesta di rimborso"
2. le fatture originali con il timbro del saldo.

**ATTENZIONE!** L'Azienda USL rimborsa il 50% del costo del vaccino (escluse IVA ed eventuali spese di trasporto), per un massimo di due cicli all'anno.



### SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

#### RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO DI VACCINO ANTIALLERGICO

Esaminata la documentazione allegata, relativa a

(nome) ..... (cognome) .....

e ricevuta in data .....

si esprime parere  POSITIVO  NEGATIVO

per i seguenti motivi:

data

firma e timbro (*Il Medico responsabile*)