

RICHIESTA VALUTAZIONE PER ESENZIONE

al vaccino anti Sars-Cov-2 finalizzato all'emissione del Green Pass

(Ai sensi della Circolare Min. Salute 0035309 del 04.08.2021 e s.m.i., del DL n. 172 del 26.11.2021, del DL n. 1 del 07.01.2022, del DPCM 04.02.2022 e della Circolare Regione Lazio U.0164273 del 17.02.2022)

MODALITA'

I cittadini in possesso di certificazione medica che sconsigli la vaccinazione dovranno inviare una mail all'indirizzo propostaesenzionevaccinale@inmi.it allegando:

1. Certificato del MMG come da fac-simile allegato
2. Copia del documento di identità datato e firmato
3. Copia fronte-retro della tessera sanitaria
4. Ogni ulteriore documentazione utile per la valutazione dell'idoneità vaccinale

IL RICHIEDENTE POTRA' RICEVERE DA PARTE DEL CENTRO VACCINALE

- La conferma di avvenuta trasmissione dell'esenzione o differimento alla vaccinazione sul sistema TS necessaria all'emissione del Green Pass
- La richiesta di integrare la documentazione clinica
- Il trasferimento della pratica alla Commissione di valutazione ASL per la richiesta di parere da fornire ai medici certificatori per il rilascio dell'esenzione, così come disposto dalla circolare Regione Lazio U.0164273 del 17.02.2022

Si precisa che:

- La certificazione di esenzione alla vaccinazione anti Sars-Cov-2 viene rilasciata nel caso in cui la vaccinazione stessa venga omessa o differita per la presenza di specifiche condizioni cliniche documentate, che la controindichino in maniera permanente o temporanea in quanto si configura un **accertato pericolo per la salute** in caso di vaccinazione.
- Che i dati personali e appartenenti alle categorie particolari di cui al regolamento 679/2016/UE dei richiedenti saranno trattati conformemente alla normativa vigente solo per la gestione del procedimento sopra descritto.

PROPOSTA DI ESENZIONE DALLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2

(Ai sensi della Circolare Min. Salute 0035309 del 04.08.2021 e s.m.i., del DL n. 172 del 26.11.2021, del DL n. 1 del 07.01.2022, del DPCM 04.02.2022 e della Circolare Regione Lazio U.0164273 del 17.02.2022)

(Compilare in stampatello LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a Nato/a a

PV (.....) il Residente in Via

CODICE FISCALE: _____

E-mail: _____ Telefono cellulare: _____

RICHIEDE

Il rilascio del certificato di esenzione dalla vaccinazione anti Sars-Cov-2 finalizzato all'emissione di Green Pass e a tal fine allega copia:

- Modulo allegato compilato dal proprio Medico di Medicina Generale
- Documento di identità in corso di validità datato e firmato
- Copia della Tessera Sanitaria fronte-retro

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche "GDPR"), l'Istituto per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" con sede in Roma Via Portuense n. 292 informa che, in qualità di Titolare del trattamento, tratterà i dati inseriti nel presente modulo e i suoi allegati direttamente dell'interessato o da chi ne esercita la rappresentanza legale, anche appartenenti a categorie particolari (ovvero dati relativi allo stato di salute), per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta di esenzione. Base giuridica del trattamento si rinviene nell'essere lo stesso necessario per finalità di gestione dei sistemi e servizi sanitari (art. 9, par. 2, lettera h del GDPR). Previo espresso consenso (art. 9, par. 2, lettera a del GDPR), inoltre, sarà possibile richiedere l'invio a mezzo e-mail della comunicazione di avvenuta esenzione con conseguente inserimento della stessa nel sistema TS, di diniego della stessa, di richiesta di ulteriore documentazione clinica a supporto della richiesta o del trasferimento della competenza alla Commissione ASL all'uopo costituita come disposto dalla circolare Regione Lazio U.0164273 del 17.02.2022. I dati non saranno soggetti a diffusione, fatto salvo il caso di trasferimento per competenza alla Commissione ASL e verranno da noi conservati, fatto salvo ogni obbligo di legge, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al soddisfacimento delle finalità sopra indicate. Il conferimento delle informazioni richieste è facoltativo, ma necessario allo scopo di fornire il servizio richiesto con le modalità prescelte. Ogni interessato potrà far valere in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR fra i quali quello di richiedere al Titolare l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento. Rispetto al consenso eventualmente prestato per l'invio a mezzo e-mail dello stato di avanzamento della richiesta, si potrà revocarlo in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basato su tale legittimante prima della revoca. I citati diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile all'indirizzo di posta dpo@inmi.it. Laddove l'interessato ritenesse, infine, che il trattamento dei propri dati personali effettuato in relazione a quanto indicato nelle presenti informazioni avvenga in violazione del GDPR, questi ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati personali, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso, ovvero di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).

Il/La sottoscritto/a, lette e comprese le informazioni che precedono:

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

L'Istituto per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" all'invio a mezzo e-mail (scrivere in stampatello)

_____ lo stato di avanzamento della richiesta di esenzione vaccinale

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

L'Istituto per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" all'invio – se ritenuto – della documentazione clinica alla

Commissione di valutazione ASL per la richiesta di parere da fornire ai medici certificatori per il rilascio dell'esenzione, così come disposto dalla circolare Regione Lazio U.0164273 del 17.02.2022

Data _____

Firma leggibile

CERTIFICAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE PER PROPORRE L'ESONERO O IL DIFFERIMENTO ALLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2

(Ai sensi della Circolare Min. Salute 0035309 del 04.08.2021 e s.m.i., del DL n. 172 del 26.11.2021, del DL n. 1 del 07.01.2022, del DPCM 04.02.2022 e della Circolare Regione Lazio U.0164273 del 17.02.2022)

Ai fini del riconoscimento da parte dell'Hub Vaccinale "Lazzaro Spallanzani" della condizione di omissione della vaccinazione anti Sars-Cov-2 di cui all'art. 1 comma 2 DL 07.01.2022 e del DPCM 04.02.2022,

CERTIFICO che il mio assistito

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE _____

È affetto dalle seguenti "specifiche condizioni documentate" (conservate agli atti e che potranno essere esibite in caso di verifiche), a causa delle quali è stato accertato un pericolo per la salute nel caso di vaccinazione anti Sars-Cov-2:

Reazione allergica grave ad una dose di vaccino anti Sars-Cov-2 e/o accertata allergia alla seguente componente di vaccino anti Sars-Cov-2: _____

Sindrome di Guillan-Barrè insorta entro 6 settimane successive alla somministrazione del vaccino anti Sars-Cov-2

Accertata Miocardite/Pericardite post-somministrazione vaccino mRNA, per la quale ha eseguito valutazione cardiologica di rischio/beneficio che deponga per l'indoleità

Gravidanza primo trimestre – u.m. in data __/__/____

Altro (specificare): _____

Per tali condizioni si propone che sia:

ESONERATO/A

DIFFERITO/A FINO AL (gg/mm/aaaa): __/__/____

Data e luogo

Timbro e firma del Medico di Medicina
Generale

Il Sottoscritto dott. _____

Altresì dichiara e sottoscrive:

che l'utente di cui si propone esenzione vaccinale è un mio assistito

che il sottoscritto NON opera nell'ambito della campagna vaccinale anti Sars-Cov-2

Data e luogo

Timbro e firma del Medico di Medicina
Generale