



Al Direttore Sanitario
dell'ASL _____
Via _____
Cap _____

p.c. All'assessorato regionale alla Sanità
Via _____
Cap _____

p.c. Cittadinanzattiva/Tribunale
per i diritti del malato
Sede nazionale
Via Cereate 6
00183 Roma

Oggetto: sollecito richiesta duplicato libretto vaccinale per il figlio minore

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ CAP _____
tel _____ ho richiesto in data _____
alla presente ASL, ufficio _____ di
ottenere un duplicato del libretto vaccinale del minore _____
nato a _____ il _____. Non ho ricevuto tale documento né
comunicazioni in merito, fino a questo momento.

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR
445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

RICHIEDO

in maniera sollecita la copia del libretto vaccinale del minore sopra citato.

La presente ai sensi della 241/90 e successive modificazioni,

Allego copia del mio documento di identità.

Data

Firma
