



Comune di Città Sant'Angelo (Pe)

**COVID-19\_Vaccini - Raccolta delle manifestazioni di interesse alla vaccinazione  
Riservato ottantenni/ultraottantenni e persone con disabilità e fragilità**

<b>COGNOME E NOME RICHIEDENTE</b>		
<b>GRADO DI PARENTELA</b>		
<b>N. TELEFONICO DEL RICHIEDENTE</b>		
<b>DATI DELLA PERSONA PER CUI EFFETTUARE LA PRENOTAZIONE</b>		
<b>COGNOME</b>		
<b>NOME</b>		
<b>RESIDENZA - Comune di Città Sant'Angelo (Pe)</b>		Via _____ n° _____
<b>DATA DI NASCITA</b>		
<b>LUOGO DI NASCITA</b>		
<b>CODICE FISCALE</b>		
<b>IDENTIFICATIVO TESSERA SANITARIA</b>		803800013/
<b>E-MAIL</b>		
<b>N. TELEFONO CELL/FISSO</b>		
<b>ASL DI APPARTENENZA</b>		ASL PESCARA
<b>CATEGORIA/ALTRE INFORMAZIONI</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>OTTANTENNE/ULTRAOTTANTENNE</b>	<b>ETA'</b> _____
<input type="checkbox"/>	<b>OTTANTENNE/ULTRAOTTANTENNE CON CAREGIVER - inserire codice fisc., cognome e nome del caregiver</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>MALATTIE RARE</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>L.104/92 - inserire codice fisc., cognome e nome del caregiver</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>altro</b> _____	
<b>CODICE ESENZIONE TICKET</b>		
<b>OSPITE PRESSO RSA O CASA DI RIPOSO</b>		o SI      o NO
<b>ALTRE INFO DA INSERIRE</b>		
<b>DATA</b> _____		
<b>FIRMA DEL RICHIEDENTE</b> _____		

Allegati:

- o documento di riconoscimento del richiedente
- o modulo privacy firmato

**\*RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

data inserimento sul portale \_\_\_\_\_  
operatore \_\_\_\_\_