



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

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

Allego a questa comunicazione una copia del mio Codice Fiscale, una copia del mio certificato
di residenza e una copia della mia carta d'Identità, e

CHIEDO

- di ottenere in maniera sollecita il duplicato del mio certificato vaccinale;
- di ottenere risposta formale alla presente comunicazione;
- che il duplicato del mio Libretto Vaccinale sia inviato al mio attuale domicilio:

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

Data

Firma
