



COMUNE DI VILLA CORTESE

Città Metropolitana di Milano

Ufficio Servizi sociali

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2020

La “Giornata di Vaccinazione in Comune”, organizzata dall’Amministrazione Comunale e Asst Ovest Milanese, verrà effettuata nella giornata di **SABATO 28 novembre 2020 dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00** in collaborazione con la Cooperativa Mutua medica, la Croce Azzurra e la Protezione Civile.

Avrà luogo presso la nuova SALA POLIFUNZIONALE di Piazza del Carroccio 21 e sarà rivolta prioritariamente a:

1) **residenti a Villa Cortese** di qualsiasi età con **CERTIFICAZIONE di malattia cronica che aumenta il rischio di complicanze da influenza** (VEDI ELENCO PRESENTE NELLA DOMANDA ALLA PAGINA SUCCESSIVA) – in ordine di anzianità

2) residenti a Villa Cortese con **più di 65 anni** – in ordine di anzianità

DOMANDA DI PRENOTAZIONE

Per accedere alla vaccinazione è necessario compilare e consegnare la DOMANDA DI PRENOTAZIONE entro **MERCOLEDI’ 18 NOVEMBRE**

Il modulo per la DOMANDA di PRENOTAZIONE è disponibile:

- **in formato elettronico** compilando direttamente il modulo presente sul sito internet del Comune (www.villacortese.org). [Clicca QUI per accedere alla DOMANDA di PRENOTAZIONE ONLine](#)

oppure

- **in forma cartacea**. Il presente modulo cartaceo può essere **scaricato e stampato** oppure ritirato presso il cortile del Comune. Una volta compilato dovrà essere **inserito nell’apposito CONTENITORE** presente sempre presso il cortile del Comune.

ATTENZIONE:

Presentare la domanda non significa essere già prenotati.

La prenotazione verrà confermata via mail o telefonicamente da un operatore del Comune che comunicherà l’orario dell’appuntamento per la vaccinazione, a partire da lunedì 23 novembre ed entro giovedì 26 Novembre.

Gli appuntamenti verranno fissati in base alle **categorie di priorità di vaccinazione** (prima malati cronici e poi over 65) e all’interno delle categorie in ordine di anzianità, **fino all’esaurimento dei vaccini che Regione Lombardia e Asst metteranno a disposizione.**

Per ulteriori informazioni telefonare al numero

0331 434462

nei seguenti orari: da Lunedì a Venerdì dalle 10.00 alle 12.30 e dalle 15.00 alle 18.00

N.B: In caso di conferma della prenotazione, il giorno della vaccinazione è **OBBLIGATORIO consegnare i moduli 2 e 3 debitamente compilati** (consenso informato e autocertificazione Covid19)



**DOMANDA DI PRENOTAZIONE
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2020
(da consegnare entro il 18 novembre)**

Io sottoscritto/a _____

CODICE FISCALE _____

Nato/a _____ il _____

Residente a Villa Cortese, via _____ n. _____

tel. _____ email _____

CHIEDO

di poter accedere alla vaccinazione antinfluenzale gratuita che sarà erogata dalla ASST il giorno **28 novembre 2020** presso la Sala Polifunzionale di piazza Carroccio 21 a Villa Cortese, in quanto:

(barrare la casella relativa alla propria categoria di appartenenza)

Persona di qualsiasi età con CERTIFICAZIONE di malattia cronica che aumenta il rischio di complicanze da influenza (Vedi elenco sottostante).
INSERIRE il CODICE dell'esenzione da patologia: _____

Over 65 anni (nato a partire dal 1955)

Medico curante Dott. _____

Data _____ Firma _____

ELENCO DELLE PATOLOGIE CRONICHE CHE AUMENTANO IL RISCHIO DI COMPLICANZE DA INFLUENZA PREVISTO DA REGIONE LOMBARDIA:

Malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma di grado severo, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e BPCO); malattie dell'apparato cardio-circolatorio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite; diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI>30 e gravi patologie concomitanti); tumori; malattie renali con insufficienza renale; epatopatie croniche; malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali; malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie; malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV; patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici; patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. Malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma di grado severo, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e BPCO); malattie dell'apparato cardio-circolatorio-circolatorio, comprese le

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi. **Si informa che:**

1. Il Comune opera in base alle funzioni ad esso attribuite dalla Costituzione della Repubblica e da diverse Leggi e Regolamenti, con particolare riferimento al Testo Unico delle Leggi sull'Ordinamento degli Enti Locali D.Lgs. n. 267/2000 per lo svolgimento di compiti e funzioni di interesse pubblico e per la cura degli interessi e la promozione dello sviluppo della propria comunità,

2. I dati personali da Lei forniti con il presente modulo sono gestiti presso la sede del Comune in forma cartacea o trasferiti su supporti informatici, con modalità idonee a garantirne la riservatezza; tali dati potranno essere elaborati, comunicati e pubblicati solo in forma anonima per fini statistici e di informazione.

3. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Villa Cortese, con sede in Piazza del Carroccio, 15 (Tel. 0331-434411 mail: info@comune.villacortese.mi.it - posta certificata: comune.villacortese@cert.legalmail.it).

4. Il testo integrale del Regolamento Ue 2016/679 e successive modifiche nonché del D.lgs 196/2003 è disponibile presso il sito del Garante privacy (www.garanteprivacy.it) o presso il sito www.normattiva.it

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, e consapevole, della tipologia/modalità del trattamento, presta il suo consenso per il trattamento dei dati come indicato nell'informativa.

Data _____

Firma Leggibile _____