



ASL Brindisi

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Il Sottoscritto:

Nome:	Cognome:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita:	Codice Fiscale:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono:	Email:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento allegato*:	Numero documento:
<input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Patente	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>

* Documentazione Obbligatoria

Il cittadino dichiara di aver ricevuto la prima dose in Italia.

Il cittadino dichiara che il ciclo vaccinale e' stato completato all'estero.*

Richiede a codesta ASL la regolarizzazione della posizione ai fini del rilascio della Certificazione Verde per:

<input type="checkbox"/> Vaccinazione Stato Estero	Paese di vaccinazione:
	<input type="text"/>
Vaccino prima dose:	Data Vaccino prima dose:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vaccino seconda dose:	Data Vaccino seconda dose:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data primo tampone positivo per la vaccinazione con una sola dose per i guariti:	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Si allega Certificazione di avvenuta vaccinazione in lingua Inglese*	

* Documentazione Obbligatoria, in caso di Lingua non Inglese dovrà essere accompagnata da una Traduzione Giurata

<input type="checkbox"/> Guarigione da Covid19
Data del primo test Molecolare positivo: <input type="text"/>
Data del test Molecolare Negativo/Guarigione: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Si allega Certificazione Tampone Molecolare Negativo/Guarigione in Lingua Inglese*
<input type="checkbox"/> Si allega Certificazione Tampone Molecolare Positivo in Lingua Inglese*

* Documentazione Obbligatoria, in caso di Lingua non Inglese dovrà essere accompagnata da una Traduzione Giurata