

Si prega di scrivere in modo chiaro.

**Informazioni del richiedente** (informazioni della persona per la quale si richiede il certificato)

Nome \_\_\_\_\_ Secondo nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Genere sessuale assegnato alla nascita    Maschio    Femmina    Nato/a a NYC?    Sì    No

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Data di nascita (mese/giorno/anno)                      Numero Medicaid (se applicabile)

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_    -                      -

Numero di telefono \_\_\_\_\_ Fax (se si richiede l'invio del certificato via fax) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Interno n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Nome dell'ospedale di nascita del richiedente \_\_\_\_\_

Nome dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

Numero di telefono dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

**Informazioni della madre del richiedente**

Nome della madre \_\_\_\_\_ Cognome da nubile della madre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Data di nascita della madre (mese/giorno/anno) (cognome prima del matrimonio)

**Informazioni del genitore** (se il richiedente è minorenne, indicare la propria relazione con il minore)

Madre    Padre    Tutore    Altro (si prega di descrivere)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_ Lingua primaria (qualora diversa dall'inglese) \_\_\_\_\_

Con la presente attesto di essere il genitore, il tutore o altro soggetto affidatario del minore i cui dati sono sopra elencati per la richiesta del certificato di vaccinazione, e che, in tale qualità, sono autorizzato/a a vedere le informazioni; oppure attesto di essere il soggetto a cui il certificato si riferisce. Sono consapevole che sottoporre informazioni false, non veritiere o ingannevoli al Dipartimento della salute e dell'igiene mentale costituisce una violazione del paragrafo 3.19 del Codice sanitario della Città di New York (New York City Health Code §3.19). Sono inoltre consapevole che ogni occorrenza di tale violazione è punibile con multe fino a 2.000 USD, ai sensi del paragrafo 3.11 del Codice sanitario della Città di New York (New York City Health Code §3.11).

**Firma del richiedente o del genitore** (in caso di richiedente minorenne)    **Data**

Per ulteriori informazioni, o per richiedere una copia stampata del presente modulo, chiamare il 311, visitare il sito Web [nyc.gov/health/cir](http://nyc.gov/health/cir) o inviare una email a [cir@health.nyc.gov](mailto:cir@health.nyc.gov).

**Istruzioni per richiedere un certificato per posta o per fax:**

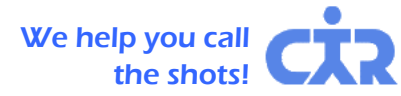
1. Completare la domanda.
2. Allegare copia di un valido documento d'identità con fotografia, come una IDNYC, una patente di guida o un passaporto.
3. Spedire per posta la domanda completata e la copia del documento d'identità a:

NYC DOHMH  
 Citywide Immunization Registry  
 42-09 28<sup>th</sup> Street, 5<sup>th</sup> Fl., CN 21  
 LIC, NY 11101-4132

Oppure per fax al numero  
 347-396-8840.

Si prega di non inviare la presente domanda tramite email.

Si riceverà una risposta entro dieci giorni lavorativi se la domanda è stata presentata per posta, o entro due giorni lavorativi se presentata tramite fax.



**For Official Use Only**

Form Received on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Status of Request:

Record Sent on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Record Not Found

Record Found, No Vaccines

Form Incomplete

Staff Initials: \_\_\_\_\_