



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: segnalazione mancanza/indisponibilità vaccino

Io sottoscritto _____,
nato a _____ (____) il _____ e residente a _____
_____ (____) in via _____

con la presente segnalo un problema nell'erogazione del vaccino _____.

In particolare, a mezzo

- Orale/telefonico (in data _____ dall'operatore _____
dell'ufficio _____)
- Scritto (allego copia della comunicazione)

mi è stata comunicata la mancanza/indisponibilità del vaccino in questione.

CHIEDO

di conoscere in via ufficiale

- Le motivazioni di tale mancanza/indisponibilità;



- La data in cui il servizio di vaccinazione riprenderà normalmente;
- La data in cui mi verrà erogato il servizio attualmente negato.

Inoltre chiedo una risposta formale alla presente comunicazione, come da indicazioni della legge n. 241/90 e successive modifiche e integrazioni.

Data

Firma
