

**MODULO PER DELEGA**  
**MÓDULO PARA DELEGAR**

Spagnolo/Español

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Yo suscrito/a (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Concedido por \_\_\_\_\_ en fecha \_\_\_\_\_

rec. telefonico fisso \_\_\_\_\_ rec. telefonico mobile \_\_\_\_\_  
número de teléfono fijo \_\_\_\_\_ número de teléfono móvil \_\_\_\_\_

Padre/Madre di (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Padre/Madre de (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
nacido el \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**DELEGO**  
**DELEGO**

Il/la Sig./ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
El/la Sr/ra (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Concedido por \_\_\_\_\_ en determinado \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO/A**  
**A ACOMPAÑAR MI HIJO/A**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_  
(nombre y apellido) \_\_\_\_\_

**PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI  
PARA EJECUTAR LAS SIGUIENTES VACUNACIONES**

---

---

e per la quale/i ho espresso il consenso.  
*y por las cuales he expresado el consentimiento.*

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio/a.

*La persona delegada es capaz de proveer las noticias sobre el estado de salud concerniente mi hijo/a.*

Data \_\_\_\_\_  
Fecha

Firma del genitore  
*Firma del padre*

---

**Nota per i genitori:**

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.

**Nota para los padres:**

*En caso de situaciones clínicas particulares, el médico vacunador puede contactar telefónicamente el/los padre/s y/o solicitar su convocación.*