

MODULO PER DELEGA

نموذج تفويض

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

أنا الموقع/ة أدناه (الاسم ولقب العائلة)

Documento _____ N. _____

مستند تحقيق شخصية

رقم

Rilasciato da _____ in data _____

صادر من

تاريخ الإصدار

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

رقم تليفون أرضي

رقم هاتف محمول

Padre/Madre di (nome e cognome) _____

(اسم ولقب العائلة) أم/ أب

nato il _____ a _____

تاريخ الميلاد

مكان الميلاد

DELEGO

أوكل

Il/la Sig./ra (nome e cognome) _____

السيدة (اسم ولقب العائلة)

Documento _____ N. _____

مستند تحقيق شخصية

رقم

Rilasciato da _____ in data _____

صادر من

تاريخ الإصدار

AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO/A

أن يصحب ابني/ابنتي

(nome e cognome) _____

(اسم ولقب الابن)

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

لإجراء التحصينات/ التطعيمات التالية

e per la quale/i ho espresso il consenso.

والذي تم تصريحي بالموافقة على إجراءاته/ إجراءاتهم

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

الشخص الموكل يمكنه توفير المعلومات الصحية الخاصة بأبني/ أبنتي.

Data التاريخ _____

Firma del genitore توقيع أحد الأبوين

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.

ملحوظة للأهل:

في بعض الحالات الإكلينيكية , الطبيب الذي يجري التحصين يحتمل أن يتصل تليفونيا بأحد الأبوين أو كلاهما و/ أو يطلب إستداعتهما.