



## Delega vaccinazioni per minori

### IO SOTTOCRITTO/A

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

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

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

### DELEGO

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

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

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A

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

Data di nascita \_\_\_\_\_

### PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI (barrare la casella opportuna)

Vaccino: \_\_\_\_\_

Vaccino: \_\_\_\_\_

Vaccino: \_\_\_\_\_

per il quale allego il modulo del consenso informato compilato e firmato.

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

**Allego:** fotocopia dei documenti di riconoscimento del delegato e del delegante.

Data \_\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

### Nota per il genitore

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