

DELEGA VACCINAZIONI PER MINORI

Io sottoscritto/a (Nome e cognome) _____

Codice fiscale: _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

telefonico fisso _____ cellulare _____

Genitore/Legale rappresentante di: _____

Codice fiscale: _____

nato a _____ il ___/___/___

DELEGO

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

Codice fiscale: _____

Identificato tramite _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data ___/___/___

AD ACCOMPAGNARE MIA FIGLIA/O

(nome e cognome) _____

Presso il centro vaccinale di _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI (barrare la casella opportuna)

Vaccino _____ numero dose _____

Vaccino _____ numero dose _____

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.

Sono consapevole che caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattarmi telefonicamente e/o richiedere la mia convocazione.

Data _____

Firma del genitore
