

DELEGA VACCINAZIONI PER MINORI

Io sottoscritta/o (nome e cognome) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

recapito telefonico _____

Padre/Madre/Legale rappresentante di (nome e cognome)

nato a _____ il ____/____/____

DELEGO

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

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data ____/____/____

AD ACCOMPAGNARE MIA FIGLIA/O

(nome e cognome) _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI (barrare la casella)

Antinfluenzale

altro vaccino (specificare) _____

(allegare il modello di consenso informato firmato e compilato dal genitore/ Legale rappresentante)

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

Data _____

Firma del genitore

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