



Io sottoscritta/o (Nome e cognome) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

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) _Proseguire il ciclo iniziato e per la quale/i ho espresso il Consenso. _1° dose vaccino per _____
(allegato modello consenso firmato e compilato)

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