



Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

documento _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

telefonico fisso _____ telefonico mobile _____

padre / madre di (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

DELEGO

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

documento _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A

(nome e cognome) _____

IN DATA _____ PER ESEGUIRE LE VACCINAZIONI PREVISTE E PER LE QUALI HO ESPRESSO IL CONSENSO INFORMATO

La persona da me delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio/a figlio/a. Sono consapevole che il medico vaccinatore, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi e/o richiedere la mia presenza.

ALLEGO ALLA PRESENTE:

- **CONSENSO INFORMATO**
(SOLO PER LA 1° DOSE O LE DOSI UNICHE DI VACCINO; nel caso di 2° e/o 3° dose di un ciclo vaccinale di base, si ritiene valido ed acquisito il consenso espresso in sede di prima somministrazione del vaccino stesso)
- **FOTOCOPIA DEL MIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELLA PERSONA DELEGATA**

N.B.: la vaccinazione al minore sarà effettuata solo in presenza di tutti gli allegati richiesti e della corretta compilazione del presente modulo e del modulo di consenso informato.

Data _____ Firma del Delegato _____

Firma del Delegante _____

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
mod. 238_Delega_Vaccinazioni_rev02	15/06/2017	2	Pagina 1 di 1