



ASST Brianza

I sottoscritti

Padre (Nome e Cognome): _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

Madre (Nome e Cognome): _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

DELEGO

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

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

AD ACCOMPAGNARE MIA FIGLIA

(*nome e cognome*) _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

e per la/le quale/i ho espresso il Consenso (in allegato).

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mia figlia.

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.