



Modulo di DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in via _____ CAP _____
Città _____ Codice Fiscale _____ Documento di
identità n. _____ rilasciato da _____ il

Genitore di (cognome e nome) _____

Nato il _____ a _____ CF _____

Avendo ottenuto tutte le informazioni ed i chiarimenti necessari, acconsento alla vaccinazione di mio/a figlio/a contro le seguenti vaccinazioni:

- ◇ Esavalente
- ◇ Antipneumococco
- ◇ Rotavirus
- ◇ Meningococco B
- ◇ Morbillo-Parotite-Rosolia
- ◇ Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella
- ◇ Varicella
- ◇ Meningococco C
- ◇ Difterite-tetano-pertosse-poliomielite
- ◇ Meningococco ACW135Y
- ◇ Papilloma virus
- ◇ Epatite A

- ◇ Altro _____

e delego

il_Sig.re/la_Sig.ra _____ nato/a _____
il _____, residente in via _____ CAP _____
Città _____ Codice Fiscale _____ Documento di
identità n. _____ rilasciato da _____ il
_____ ad accompagnare mio figlio/a per essere sottoposto/a alla/e suddetta
vaccinazione/i indicata/e.

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute di mio/a figlio/a, comprese le notizie su eventuali allergie a farmaci e/o alimenti e sull'assunzione di eventuali terapie.

Luogo e Data _____

Firma Delegante _____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

