

## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

### S.C. Igiene e Sanità Pubblica

S.S. Profilassi delle Malattie Infettive

Io sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Padre/Madre di (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

#### DELEGO

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

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

#### AD ACCOMPAGNARE MIA FIGLIA/O PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che la persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio/a e su eventuali reazioni a vaccinazioni precedenti .

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

**Il delegato dovrà essere munito del proprio documento di riconoscimento e  
dovrà esibire copia del documento del delegante**

**Nota:** In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.