

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. IGIENE e SANITA' PUBBLICA
SS PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE**

DELEGA VACCINAZIONI

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.