

Modulo per la delega

DISTRETTO DI _____

MODULO PER LA DELEGA

Io sottoscritto/o (Nome e cognome) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

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

(nome e cognome) _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

e per la quale/i ho espresso il consenso.

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio/a.

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.