



**DELEGA PER VACCINAZIONI SU MINORE**

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000.

**Io sottoscritto/a** (Cognome e Nome).....

Nato a ..... il.....

Documento.....N°.....

Rilasciato da ..... in data.....

Recapito telefonico.....

**Io sottoscritto/a** (Cognome e Nome).....

Nato a ..... il.....

Documento.....N°.....

Rilasciato da ..... in data.....

Recapito telefonico.....

Genitori/tutore legale di

Cognome e Nome.....

Nato/a a ..... il.....

**DELEGHIAMO**

Il/La Sig./Sig.ra (Cognome e Nome).....

Nato a ..... il.....

Documento.....N°.....

Rilasciato da ..... in data.....

**AD ACCOMPAGNARE NOSTRO FIGLIO/A – IL MINORE**

(nome e cognome)..... nato a ..... il.....

Per eseguire in data.....presso l'Ambulatorio Vaccinazioni Pediatriche - AUSL di Piacenza – Piazzale Milano, 2.

le seguenti vaccinazioni.....

per le quali abbiamo espresso il Consenso Informato (allegato).

La persona da noi delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti nostro/a figlio/a. Siamo consapevoli che il Medico Vaccinatore, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarci e/o richiedere la nostra presenza.

Alleghiamo alla presente:

- Fotocopia del documento d'identità dei dichiaranti
- Fotocopia del documento d'identità del delegato
- Consenso informato

*[Il genitore, che sottoscrive il presente modulo singolarmente, dichiara sotto la propria responsabilità di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale o di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a firmare, è stato da lui personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale.]*

Piacenza,.....

Firma del Delegante.....

.....