



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 sede
..... - 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 _____
