

DELEGA PER VACCINAZIONI MINORI

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 (nome e cognome) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. Telefonico mobile _____ email _____

Padre / Madre di (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ il _____

in assenza dell'altro genitore dichiara, sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale e:

DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A

(nome e cognome) _____

IN DATA _____ PER ESEGUIRE LE VACCINAZIONI PREVISTE DA CALENDARIO ALLEGATO (apporre una crocetta sulle vaccinazioni da eseguire):

- OBBLIGATORIE:** Vaccinazione Anti Difterica-Tetanica-Pertossica-Polio, Anti-Morbillo-Parotite-Rosolia, Anti Epatite B, Anti-Hib (per soggetti ad alto rischio)
- RACCOMANDATE:**
 - Vaccinazione Antimeningococcica Ceppi A-C-W135-Y (Tetraivalente)
 - Vaccinazione Antipapillomavirus (9-valente)

La persona da me delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio/a figlio/a. Sono consapevole che il medico vaccinatore, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi e/o richiedere la mia presenza.

ALLEGO ALLA PRESENTE:

- fotocopia del documento d'identità del dichiarante
- fotocopia del documento d'identità del delegato

(luogo, data)

firma del Delegante