Regione Lombardia

Delega vaccinazioni per minori

IO SOTTOCRITTO/A

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____/_____/_____

Documento _____ N._____

Rilasciato da _____ in data _____/_____/_____

Recapito telefonico _____

DELEGO

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____/_____/_____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____/_____/_____

AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____/_____/_____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI (barrare la casella opportuna)

- ☐ Vaccino _____
- ☐ Vaccino _____
- ☐ Vaccino _____

per il quale allego il modulo del consenso informato compilato e firmato.

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

Data _____ Firma del delegante _____

Nota per il genitore: In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.