Regione Lombardia

Delega vaccinazioni per minori

IO SOTTOCRITTO/A

Nome e Cognome _____

Codice fiscale _____

Nato a _____ il ___/___/_____

Documento _____ N._____

Rilasciato da _____ in data ___/___/_____

Recapito telefonico _____

DELEGO

Nome e Cognome _____

Codice fiscale _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data ___/___/_____

AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A

Nome e Cognome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI (barrare la casella opportuna)

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

Allego: fotocopia dei documenti di riconoscimento del delegato e del delegante.

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.