

Azienda _____ (dati identificativi della struttura)

. MODULO DI DELEGA ALLA VACCINAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in via/piazza _____ n. _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____
il ____/____/____

Numero telefonico per eventuale contatto durante la seduta vaccinale _____

In qualità di (genitore/tutore/amministratore di sostegno) di _____ nato/a
a _____ il _____ (dati della persona da vaccinare)**DELEGA**

Il sig./la sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in via/piazza _____ n. _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____
il ____/____/____

A consegnare per proprio conto i documenti sottoelencati:

Modulo di consenso alla vaccinazione

Questionario sulla salute del minore da vaccinare

Copia documento di identità del delegante e del delegato

E DICHIARA

- di aver preso visione e di aver compreso il contenuto della/e scheda/e informativa/e sulle vaccinazioni da effettuare a _____ nato/a a _____ il _____ (dati della persona da vaccinare)
- di aver avuto la possibilità di chiarire dubbi e domande con il proprio medico di famiglia/del consultorio
- di avere risposto alle domande del “questionario sulla salute del minore da vaccinare” reso disponibile con le schede informative sulla/e vaccinazione/i e al modulo di consenso informato)
- avere sottoscritto il modulo di consenso informato, in data ____/____/____

Data ____/____/____

Firma leggibile del delegante