



Dipartimento di Prevenzione
S.C. Servizio Igiene Sanità Pubblica

MODULO DELEGA VACCINAZIONI

Io sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ il _____,

residente a _____,

recapito telefonico (a cui posso essere contattato) _____

madre/padre/tutore del minore _____,

nato/a _____ il _____,

Delego a tutti gli effetti

Il/la Signore/a _____

nato/a _____ il _____,

residente a _____,

Documento di identità n _____

rilasciato da _____ in data _____,

ad accompagnare il sopraindicato minore per eseguire le seguenti vaccinazioni:

il giorno _____.

Data _____ Firma _____

NB: la persona che accompagna il bambino deve presentarsi con la copia del documento di identità del genitore che firma la delega e con il proprio documento di identità.

Nota per i genitori:

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