

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - DELEGA PER MINORI NON ACCOMPAGNATI DA GENITORI/TUTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A IL _____ A _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

TEL (CELLULARE) _____ MAIL _____

che può essere contattato/a in caso di situazioni cliniche particolari dal medico vaccinatore per richiederne la convocazione e/o informare della sospensione della vaccinazione

MADRE PADRE TUTORE DEL MINORE

COGNOME NOME DEL MINORE _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ ETA' (anni compiuti) _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

DELEGO A TUTTI GLI EFFETTI

IL/LA SIGNOR/A _____ NATO/A IL _____ a _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

TEL (CELLULARE) _____ MAIL _____

DOCUMENTO DI IDENTITA' NUMERO _____

RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

A:

- o ACCOMPAGNARE IL SOPRA INDICATO MINORE AD ESEGUIRE **LA DOSE N°** _____ DELLA VACCINAZIONE ANTI-COVID, ESSENDO LA PERSONA INDICATA E INFORMATA SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE.
- o ALLA CONSEGNA DEL CONSENSO INFORMATO E DELLA SCHEDA ANMESTICA DAL SOTTOSCRITTO/A COMPILATA.

DATA
____/____/____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE DEL MINORE
(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

NB Il delegato che accompagna il minore deve presentarsi con il proprio documento di identità e con copia del documento di identità del genitore/tutore.