

**ALLEGARE COPIA DELLA CARTA DI IDENTITA' DEL DELEGANTE****IL DELEGATO DOVRA' PORTARE IL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA' IN VISIONE**

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico fisso \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico mobile \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Rappresentante legale di (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**DELEGO**

Ila Sig./ra (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE IL MINORE/INCAPACE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

**PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI**


---



---

e per la/le quale/i ho espresso, in accordo con l'altro genitore, il consenso informato.

Nel caso di 1° dose di un ciclo, il consenso vale per l'intero ciclo vaccinale.

IN ALLEGATO il MODULO DI CONSENSO che deve essere firmato IN ORIGINALE dal genitore/rappresentante legale del vaccinando così come la SCHEDA INFORMATIVA del vaccino da eseguire. Le schede informative possono essere richieste a [vaccinazioni@asst-cremona.it](mailto:vaccinazioni@asst-cremona.it) oppure a [vaccinazioni.casal@asst-cremona.it](mailto:vaccinazioni.casal@asst-cremona.it).

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

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del genitore/rappresentante legale

\_\_\_\_\_