

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

Il/la 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
IN ALLEGATO il MODULO DI CONSENSO che deve essere OBBLIGATORIAMENTE firmato IN ORIGINALE dal
genitore/rappresentante legale del vaccinando così come la scheda informativa del vaccino da eseguire. Le schede
informative sono da richiedere a vaccinazioni@asst-cremona.it oppure a vaccinazioni.casal@asst-cremona.it.

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

Data ____/____/_____

Firma del genitore/rappresentante legale

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.