

**ALLEGARE COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO**

IO SOTTOCRITTO/A

Nome e Cognome _____
 Nato a _____ il ____/____/_____
 Documento _____ N. _____
 Rilasciato da _____ in data ____/____/_____
 Recapito telefonico _____

DELEGO

Nome e Cognome _____
 Nato a _____ il ____/____/_____
 Documento _____ N. _____
 Rilasciato da _____ in data ____/____/_____

AD ACCOMPAGNARE IL MINORE/INCAPACE

Nome e Cognome _____
 Nato a _____ il ____/____/_____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI PROFILASSI (barrare la casella):

- 1° dose di profilassi** per _____
 (ATTENZIONE: allegare il consenso firmato e compilato dal genitore/rappresentante legale)
- Proseguire il ciclo già iniziato di profilassi** per _____ e
 per la quale/i ho precedentemente espresso il Consenso

***NB:** Allegare copia dei documenti di identità del delegante e del delegato*

Dichiaro che la persona delegata è in grado di fornire le notizie in occasione della raccolta anamnestica.

Data ____/____/_____

Firma del genitore/rappresentante legale
_____***Nota per i genitori:***

In caso di situazioni cliniche particolari, l'operatore sanitario può contattare telefonicamente il genitore/rappresentante legale e/o richiederne la convocazione