

**DELEGA PER LA VACCINAZIONE DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI
DAI GENITORI, TUTORE o LEGALE RAPPRESENTANTE**

Nome e Cognome del vaccinando/a _____

Nato/a _____ Prov. (_____) il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. (_____) in _____

C.A.P. _____ Municipio _____, C.F. _____

I sottoscritti Genitori, Tutore o Legale Rappresentante del vaccinando /a

Genitore 1 (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il ____ / ____ / ____

Tipo Documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Scadenza ____ / ____ / ____ C.F. _____ recapito telefonico _____

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia del genitore firmata)

Genitore 2 (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il ____ / ____ / ____

Tipo Documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Scadenza ____ / ____ / ____ C.F. _____ recapito telefonico _____

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia del genitore firmata)

o Tutore / Legale Rappresentante (Nome e Cognome): _____

nato a _____ Prov. (_____) Nazionalità _____ il ____ / ____ / ____

Tipo Documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Scadenza ____ / ____ / ____ C.F. _____ recapito telefonico _____

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia del genitore firmata)

impossibilitati ad essere presenti

DELEGANO / DELEGA

Il/La Sig. / Sig.ra (Nome e Cognome): _____

nato a _____ Prov. (_____) Nazionalità _____ il ____ / ____ / ____

Tipo Documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Scadenza ____ / ____ / ____ C.F. _____ recapito telefonico _____

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia firmata)

ad accompagnare il/la suddetto/a vaccinando/a per la somministrazione in data odierna delle seguenti vaccinazioni obbligatorie e/o raccomandate: _____

previste con appuntamento per il giorno ____ / ____ / ____ ed **esprimono il proprio consenso alla somministrazione del/dei suddetto/i vaccino/i e al trattamento dei dati personali** (Regolamento Europeo N. 679/2016).

La persona delegata è in grado di fornire notizie sullo stato di salute del/la vaccinando/a.

Con la sottoscrizione della presente solleviamo la ASL di Sanluri da qualsiasi responsabilità inerente gli effetti derivanti dalla presente DELEGA.

Sanluri, li ____ / ____ / _____

Firma del Genitore 1 _____ Firma del Genitore 2 _____

Firma del Tutore / Legale Rappresentante _____