



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**PEDIATRIA DI COMUNITA'**

Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza

### **MODULO DI DELEGA**

**Da compilare nel caso in cui nessun genitore/soggetto affidatario possa essere presente alla vaccinazione.**

Il delegato dovrà presentare fotocopia di un proprio documento di identità e del documento di identità degli esercenti la responsabilità genitoriale o del legale rappresentante. Il delegato dovrà essere in grado di fornire tutte le informazioni sullo stato di salute del minore.

Io sottoscritt\* \_\_\_\_\_ nat\* il \_\_\_\_\_

Io sottoscritt\* \_\_\_\_\_ nat\* il \_\_\_\_\_

esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario di \_\_\_\_\_

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

### **DELEGHIAMO**

Il/la sig/sig.ra \_\_\_\_\_

ad accompagnare in nostra vece il/la minore \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ per l'esecuzione della vaccinazione anti COVID19 per la quale esprimiamo il consenso.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

*E' richiesta la firma di entrambi i genitori*

Firma del rappresentante legale \_\_\_\_\_