

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_

dichiarano sotto la propria responsabilità l'impossibilità ad essere presenti alla seduta vaccinale del/della proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ e

### DELEGANO

il/la Signor/Signora \_\_\_\_\_

Documento di Identità n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

- a fornire, avendo una conoscenza completa dello stato di salute del vaccinando, corrette informazioni utili ad identificare eventuali precauzioni/controindicazioni alla/e vaccinazione/i
- a sottoscrivere il consenso informato all'atto sanitario ed il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili
- a presenziare alla somministrazione della/e vaccinazione/i
- a richiedere il certificato vaccinale storico del/la figlio/a

**Allegano copia dei propri documenti di identità da consegnare agli operatori del Centro Vaccinazioni.**

**I sottoscritti rilasciano la delega consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in materia di dichiarazioni mendaci.**

Data,

Firma leggibile dei Genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_