



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

MODULO DELEGA

IL SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DI _____

NATO A _____ IL _____

DELEGA

IL/LA SIGNOR/SIGNORA _____

IN QUALITÀ DI (rapporto di parentela con il minore) _____

AD ACCOMPAGNARE IL MINORE PER EFFETTUARE LE VACCINAZIONI PRENOTATE PRESSO CODESTO
AMBULATORIO, NELL'IMPOSSIBILITÀ DI FARLO PERSONALMENTE.

Data _____

firma del genitore che delega

SI ALLEGA FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL GENITORE E DEL DELEGATO