

**DELEGA PER VACCINAZIONI MINORI**

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

rec. Telefonico mobile \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Padre / Madre di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in assenza dell'altro genitore dichiara, sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale e:

**DELEGO**

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

**IN DATA \_\_\_\_\_ PER ESEGUIRE LE VACCINAZIONI PREVISTE.**

La persona da me delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio/a figlio/a. Sono consapevole che il medico vaccinatore, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi e/o richiedere la mia presenza.

**ALLEGO ALLA PRESENTE:**

- fotocopia del documento d'identità del dichiarante
- fotocopia del documento d'identità del delegato

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**firma del Delegante**  
\_\_\_\_\_