
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica
Struttura Semplice Profilassi

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento n. _____

genitore di _____

nato a _____ il _____

DELEGO

il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento n. _____

a rappresentarmi presso l'Ambulatorio vaccinale per il ritiro del certificato e/o
accompagnare mio figlio per effettuare le vaccinazioni.

La persona delegata è in grado di fornire notizie sullo stato di salute riguardanti mio
figlio e sulle vaccinazioni da effettuare.

data _____

Firma _____

**N.B. il delegato dovrà essere munito del proprio documento di riconoscimento e
dovrà esibire il documento del genitore**