

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona

cod.fisc. e P. IVA 02573090236

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A IL _____ a _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

TEL (CELLULARE) _____ MAIL _____

che può essere contattato/a in caso di situazioni cliniche particolari dal medico vaccinatore per richiederne la convocazione e/o informare della sospensione della vaccinazione

MADRE PADRE TUTORE DEL MINORE

COGNOME NOME DEL MINORE _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ ETA' (anni compiuti) _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

DELEGO A TUTTI GLI EFFETTI

DOSE: _____

IL/LA SIGNOR/A _____ NATO/A IL _____ a _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ CITTA' _____ (____)

TEL (CELLULARE) _____ MAIL _____

DOCUMENTO DI IDENTITA' NUMERO _____

RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

A:

- ACCOMPAGNARE IL SOPRAINDICATO MINORE AD ESEGUIRE LA VACCINAZIONE ANTI-COVID, ESSENDO LA PERSONA INDICATA INFORMATA SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE.

- ALLA CONSEGNA DEL CONSENSO INFORMATO E DELLA SCHEDA ANMESTICA DAL SOTTOSCRITTO/A COMPILATA.

DATA

____/____/____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE DEL MINORE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

NB Il delegato che accompagna il minore deve presentarsi con copia del documento di identità del genitore che firma la delega e con il proprio documento di identità.