Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Bergamo Ovest

I sottoscritti

Padre (Nome e Cognome): _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

Madre (Nome e Cognome): _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

DELEGO

Il/la Sig./ra *(nome e cognome)* _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO

(nome e cognome) _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

_____

_____

e per la/le quale/i ho espresso il Consenso (in allegato).

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio.

Data _____ Firma del genitore

_____

Nota per i genitori:

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.