



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

CENTRI VACCINALI ASST LARIANA

Tel. 800 893 526

www.asst-lariana.it > Vaccinazioni

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 od altro) _____

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

Rec. Telefonico fisso _____ Rec. Telefonico mobile _____

DELEGO

Il/La Sig./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.