
DELEGA VACCINI

Io Sottoscritto, nato a.....
il....., (allegare fotocopia documento d'identità valido)
e

Io Sottoscritta, nato a.....
il....., (allegare fotocopia documento d'identità valido)

GENITORI / TUTORE DEL MINORE

....., nato/a a.....
il....., (allegare fotocopia documento d'identità valido)

DELEGHIAMO / DELEGO

il Sig./la Sig.ra, nato/a a.....
il....., (allegare fotocopia documento d'identità valido)

ad accompagnare nostro/a figlio/a per effettuare le seguenti vaccinazioni
.....
nella sede del Centro Medico Santagostino di.....

La persona delegata è in grado di comunicare notizie in merito allo stato di salute di nostro/a figlio/a, è in grado di ricevere informazioni in merito alle vaccinazioni che riceverà nostro/a figlio/a e firmerà in nostra vece autorizzando il Centro Medico Santagostino all'erogazione delle suddette vaccinazioni.

Data.....

Firma dei genitori / tutore

.....

.....