

**DELEGA PER LA VACCINAZIONE DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI  
DAI GENITORI, TUTORE o LEGALE RAPPRESENTANTE**

Nome e Cognome del vaccinando/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

**I sottoscritti Genitori, Tutore o Legale Rappresentante del vaccinando /a**

**Genitore 1** (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia del genitore firmata)

**Genitore 2** (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia del genitore firmata)

**o Tutore / Legale Rappresentante** (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) Nazionalità \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia del genitore firmata)

impossibilitati ad essere presenti

**DELEGANO / DELEGA**

Il/La Sig. / Sig.ra (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) Nazionalità \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

(inserire i dati del documento correttamente ed allegare la fotocopia firmata)

ad accompagnare il/la suddetto/a vaccinando/a per la somministrazione in data odierna delle seguenti vaccinazioni obbligatorie e/o raccomandate: \_\_\_\_\_

previste con appuntamento per il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ed **esprimono il proprio consenso alla somministrazione del/dei suddetto/i vaccino/i e al trattamento dei dati personali** (Regolamento Europeo N. 679/2016).

La persona delegata è in grado di fornire notizie sullo stato di salute del/la vaccinando/a.

Con la sottoscrizione della presente solleviamo la ASL Roma 1 da qualsiasi responsabilità inerente gli effetti derivanti dalla presente DELEGA.

Sanluri, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Genitore 1 \_\_\_\_\_ Firma del Genitore 2 \_\_\_\_\_

Firma del Tutore / Legale Rappresentante \_\_\_\_\_