


 Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
 Ambulatorio di Vaccinazione c/o la sede del Distretto

**DELEGA PER LA VACCINAZIONE DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI**

 Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 Genitore di \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_  
 Delega il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ ad accompagnare il/la suddetto/a  
 figlio/a per essere sottoposto/a alla/e vaccinazione/i previste in appuntamento per il giorno \_\_\_\_\_.

A tal fine, dichiara di aver ricevuto dal personale addetto le informazioni utili per fornire il consenso informato e di aver letto il materiale informativo eventualmente ricevuto con l'invito. Dichiara inoltre di essere raggiungibile, durante la fascia oraria prevista per la vaccinazione, al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_.

Dichiara che il/la suddetto/a figlio/a:

1. Sta bene oggi?	SI	NO
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	NO	SI
Se si, specificare se malattia neurologica malattia che ha indebolito il sistema immunitario		SI SI
3. Ha mai avuto convulsioni?	NO	SI
Se si, specificare se con febbre senza febbre		SI SI
4. Negli ultimi tre mesi ha preso farmaci in modo continuativo?	NO	SI
Se si, specificare se Cortisonici ad alte dosi Antitumorali		SI SI
5. Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a radioterapia?	NO	SI
6. Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline?	NO	SI
7. È allergico a qualche Alimento? Farmaco? Vaccino? Se si, specificare _____	N O N O N O	SI SI SI
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	NO	SI
Se si, specificare _____		

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Firma del genitore  
 \_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia del documento di identità del genitore delegante.**
**Si ricorda che il delegato deve presentarsi munito di documento di identità.**

Per ulteriori informazioni potete chiamare ai recapiti telefonici del distretto di appartenenza nei consueti giorni ed orari.