**DELEGA PER LE VACCINAZIONI DEL MINORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore o avente la responsabilità genitoriale, in accordo con l'altro genitore da me consultato

DELEGA il/la sig./ra

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AD ACCOMPAGNARE IL/LA FIGLIO/A AD EFFETTUARE LE VACCINAZIONI DA ME INDICATE NELLA CHECK-LIST PER VACCINAZIONE

DICHIARO INOLTRE CHE IL DELEGATO È IN GRADO DI RIFERIRE SE IL MINORE:

* ha avuto malattie infettive nell'ultimo mese
* ha assunto farmaci nell'ultimo mese
* ha presentato reazioni indesiderate dopo precedenti vaccinazioni
* ha malattie croniche in terapia (specificare che tipo di terapia)
* ha o ha avuto gravi problemi allergici (Farmaci? Alimenti? Lattice?)
* ha mai presentato crisi epilettiche o altri problemi neurologici

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del genitore o di chi ha la responsabilità genitoriale**

dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale per decidere ad acconsentire al trattamento sanitario sul minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Qualora il delegato non fosse in grado di fornire le indicazioni necessarie sulle condizioni di salute sopra descritte si renderà inevitabile il rinvio dell'esecuzione delle vaccinazioni.**

**Il delegato dovrà essere in possesso del proprio documento d'identità e della fotocopia del documento del delegante.**