



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Dipartimento di Sanità Pubblica  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**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.**