

## Vaccinazioni pediatriche: delega ad accompagnare il minore e consenso a eseguire le vaccinazioni

Il/la sottoscritto/a (nome) | (cognome)

nato/a il | a

in qualità di (specificare se genitore, tutore, ecc)

e

il/la sottoscritto/a (nome) | (cognome)

nato/a il | a

in qualità di (specificare se genitore, tutore, ecc)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a

### DELEGANO (Attenzione! È possibile delegare solo persone maggiorenni)

(nome) | (cognome)

nato/a il | a

▶ ad accompagnare il minore all'Ambulatorio Vaccinazioni Pediatriche, per l'esecuzione delle vaccinazioni programmate per il giorno (specificare data)

### A TAL FINE DICHIARANO CHE

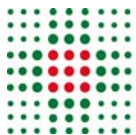
- ▶ hanno preso visione del materiale informativo
- ▶ la persona delegata è a conoscenza dello stato di salute del minore
- ▶ per eventuali precisazioni/informazioni sono reperibili, nel periodo dell'esecuzione vaccinale, a questo numero di telefono:

### E ACCONSENTONO

- ▶ all'esecuzione delle vaccinazioni programmate per il giorno indicato sopra

### ALLEGANO

- la fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità



### SONO CONSAPEVOLI CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

---

firma (per esteso e leggibile)

---

firma (per esteso e leggibile)

---

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

### SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Tipo e numero del documento di identità del delegato

---

data

firma e timbro (L'operatore)