

DELEGA AD ACCOMPAGNARE IL MINORE ALLA VACCINAZIONE ANTI COVID-19

Il sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____

nato/a a _____ il _____

e

Il sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____

nato/a a _____ il _____

genitori/tutori del minore (*nome e cognome*) _____

nato/a a _____ il _____

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 Testo Unico sulla documentazione amministrativa)

DELEGANO

(*nome e cognome*) _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di _____

ad accompagnare il minore al Punto Vaccinale per la somministrazione del vaccino anti covid-19

A TAL FINE DICHIARIANO

- che la persona delegata è a conoscenza dello stato di salute del minore
- che per eventuali precisazioni/informazioni sono reperibile, nel periodo dell'esecuzione vaccinale, al seguente recapito telefonico: _____

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela

ATTENZIONE! È necessario allegare la copia del documento di identità in corso di validità di entrambi i genitori/tutori

I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati con le modalità previste dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (EU) 2016/679; D. Lgs. 196/2003) e utilizzati unicamente per le finalità istituzionali indicate