

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 vaccinazione contro il COVID-19 prevista per il giorno
 _____.

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. Attualmente è malato? | SI | NO | NON SO |
| 2. Ha febbre? | SI | NO | NON SO |
| 3. Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, SPECIFICARE: | SI | NO | NON SO |
| 4. Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | SI | NO | NON SO |
| 5. Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | SI | NO | NON SO |
| 6. Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | SI | NO | NON SO |
| 7. Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | SI | NO | NON SO |
| 8. Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | SI | NO | NON SO |
| 9. Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | SI | NO | NON SO |
| 10. Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | SI | NO | NON SO |
| 11. Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? | SI | NO | NON SO |
| 12. E' incinta? | SI | NO | NON SO |
| 13. È mai risultato positivo ad un test COVID-19? Se sì, quando? | SI | NO | NON SO |
| 14. Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | SI | NO | NON SO |
| 15. E' attualmente in quarantena? | SI | NO | NON SO |

Data compilazione ___/___/_____

Firma del genitore

Si allega fotocopia del documento di identità del genitore delegante.