

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica
 Ambulatorio di Vaccinazione c/o la sede del Distretto

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/e vaccinazione/i previste in appuntamento per il giorno _____.

A tal fine, dichiara di aver ricevuto dal personale addetto le informazioni utili per fornire il consenso informato e di aver letto il materiale informativo eventualmente ricevuto con l'invito. 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. Sta bene oggi?	SI	NO
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	NO	SI
Se si, specificare se malattia neurologica malattia che ha indebolito il sistema immunitario		SI SI
3. Ha mai avuto convulsioni?	NO	SI
Se si, specificare se con febbre senza febbre		SI SI
4. Negli ultimi tre mesi ha preso farmaci in modo continuativo?	NO	SI
Se si, specificare se Cortisonici ad alte dosi Antitumorali		SI SI
5. Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a radioterapia?	NO	SI
6. Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline?	NO	SI
7. È allergico a qualche Alimento? Medicina? Vaccino? Se si, specificare _____ _____	NO NO NO	SI SI Si
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	NO	Si
Se si, specificare _____ _____		

Data ____/____/____

Firma del genitore

Si allega fotocopia del documento di identità del genitore delegante.

A cura della sede di vaccinazione: Se si desiderano spiegazioni sulle domande, si prega di chiamarci ai consueti recapiti telefonici, nei consueti giorni ed orari.