

**Allegato 4 - Modulo di delega per le vaccinazioni****I SOTTOSCRITTI**

.....nato/a a

il residente a

recapito telefonico

E

.....nato/a a

il residente a

recapito telefonico

genitori/tutori del/la minore.....

nato/a..... il.....

DELEGANO A TUTTI GLI EFFETTI

il/la Signore/a..... nato/a

il residente a

Documento di identità n.

rilasciato da..... in data

ad accompagnare il sopraindicato minore per eseguire le seguenti vaccinazioni

..... il giorno.....

La persona che accompagna il vaccinando deve presentarsi con: 1) copia del Documento di identità dei genitori/tutori che firmano la delega; 2) proprio documento di identità; 3) scheda di triage pre-vaccinale pre-compilata e firmata. In caso di situazioni cliniche particolari, il personale vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.

Dichiaro inoltre che la persona delegata è informata sulle condizioni di salute del bambino/a.

Data Firma dei genitori *

*** NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà del minore, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Data Firma del genitore

**SCHEDA DI TRIAGE PRE-VACCINALE**

1. Sta bene oggi?	SI	NO
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	NO	SI
Se sì, specificare se		
malattia neurologica	NO	SI
malattia che ha indebolito il sistema immunitario	NO	SI
3. Ha mai avuto convulsioni?	NO	SI
Se sì, specificare se		
con febbre	NO	SI
senza febbre	NO	SI
4. Negli ultimi tre mesi ha preso farmaci in modo continuativo?	NO	SI
Se sì, specificare se		
Cortisonici ad alte dosi	NO	SI
Antitumorali	NO	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?	NO	SI
Medicina?	NO	SI
Vaccino?	NO	SI
Se sì, specificare _____		

8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	NO	SI
Se sì, specificare _____		

9. Indicare eventuale attuale stato di gravidanza (da compilare in base al sesso e all'età)	NO	SI

Data Firma del/dei genitore/i o tutore/i:.....

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