

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 sì, specificare se malattia neurologica malattia che ha indebolito il sistema immunitario | | SI SI |
| 3. Ha mai avuto convulsioni? | NO | SI |
| Se sì, specificare se con febbre senza febbre | | SI SI |
| 4. Negli ultimi tre mesi ha preso farmaci in modo continuativo? | NO | SI |
| Se sì, 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? | NO NO NO | SI SI SI |
| Se sì, specificare _____ _____ | | |
| 8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? | NO | SI |
| Se sì, 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.