

**DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19
DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI
O SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA¹**

Dati identificativi del vaccinando

Cognome:	Nome:
-----------------	--------------

Codice Fiscale:

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno

PADRE	Cognome e Nome:
--------------	------------------------

Data di nascita:	Luogo di nascita:
-------------------------	--------------------------

Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
-----------------------------	--------------------------------

Telefono:	E-mail:
------------------	----------------

Documento di riconoscimento (tipo e numero):

Codice Fiscale:

MADRE	Cognome e Nome:
--------------	------------------------

Data di nascita:	Luogo di nascita:
-------------------------	--------------------------

Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
-----------------------------	--------------------------------

Telefono:	E-mail:
------------------	----------------

Documento di riconoscimento (tipo e numero):

Codice Fiscale:

RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Cognome e Nome:

Data di nascita:	Luogo di nascita:
-------------------------	--------------------------

Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
-----------------------------	--------------------------------

Telefono:	E-mail:
------------------	----------------

Documento di riconoscimento (tipo e numero):

Codice Fiscale:

Il/La/i sottoscritto/a/i _____consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **dichiaro/dichiarano, sotto la propria responsabilità:**

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.

di essere **Genitore/i del MINORE**

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:

di essere **Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno di:**

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Provvedimento n.:	Data del Provvedimento:
Autorità:	

di **essere impossibilitato/a/i** a presenziare alla seduta per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19

di esprimere il consenso alla somministrazione del suddetto vaccino, nonché al trattamento dei dati personali, in favore di:

Cognome:	Nome:
-----------------	--------------

di delegare il/la Sig./Sig.ra:

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Rilasciato da:	In data:

a rappresentarmi/ci presso la sede vaccinale il giorno ___ / ___ / _____ per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 di:

Cognome:	Nome:
-----------------	--------------

Luogo e data:
Firma del Genitore/Rappresentante legale
Firma del Genitore/Rappresentante legale
<i>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</i>