



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento di Sanità Pubblica
UOC Igiene e Sanità Pubblica
SSU Prevenzione Malattie Infettive, vaccinazioni ed Epidemiologia

DELEGA PER LE VACCINAZIONI DEI MINORI

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

Genitore di

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Delega il/la Sig.re/a _____

munito del documento di identità (o copia fotostatica non autentica) del genitore

ad accompagnare mio/a figlio/a nell'ambulatorio vaccinale per essere sottoposto alle vaccinazioni previste

Firma _____

Data _____

PROXY STATEMENT

Undersigned

Name _____ Surname _____

Parent of

Name _____ Surname _____

Born at _____ on _____

Delegate Mr./Mrs _____

Presented with an Identity Card of parent given in original format or in a non-authentication copy

Accompany my daughter/son to the doctor's office to be submitted to vaccinations.

Signature _____

Date _____