



**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 \_\_\_\_\_