

**MODULO DELEGA**

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
 Documento _____ N. _____
 Rilasciato da _____ in data _____
 rec, telefono mobile _____

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
 Documento _____ N. _____
 Rilasciato da _____ in data _____
 rec, telefono mobile _____

Dichiaro di esercitare la potestà genitoriale singolarmente SI NO

Genitore/i o Tutore /Legale rappresentate di:

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____
 a _____ Codice Fiscale _____

DELEGO/DELEGANO

Il/La Sig./ra Cognome _____ Nome _____
 Documento _____ N. _____
 Rilasciato da _____ in data _____
 rec, telefono mobile _____

ad accompagnare il minore da me rappresentato per eseguire le seguenti vaccinazioni _____
 _____ La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato
 di salute riguardante il minore.

Data _____ Firma _____
 Data _____ Firma _____

Nota : in caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può eventualmente contattare telefonicamente
 il/i genitore/i o tutore/legale rappresentante e richiederne la convocazione.

Il delegato deve avere con sé un documento di riconoscimento valido e copia dei documenti di riconoscimento del delegante.

Trattamento dei dati personali: ai sensi art.13 e 14 Regolamento 2016/679/UE "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" la
 informiamo che i Suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria: IL Regolamento (UE)
 2016/679 del Parlamento Europeo e Del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento
 dei dati personali è reperibile sul sito aziendale www.aslroma5.info/web/privacy.

Data _____ Firma _____