

DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19 DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI O DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA ¹	
<i>Dati identificativi del vaccinando</i>	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di Nascita:
Codice Fiscale:	Telefono mobile:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
<i>Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno</i>	
GENITORE 1	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:	
GENITORE 2	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:	

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

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 nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **dichiaro/dichiarano, sotto la propria responsabilità**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.:

- di essere **GENITORE/I del MINORE vaccinando**;
oppure
- di essere **Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del vaccinando**;
in questo caso, devono essere indicati i dati seguenti:

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 in favore del vaccinando;
- di **esprimere il consenso al trattamento dei dati personali** del/dei sottoscritto/i e del vaccinando;
- di delegare, pertanto, **il/la Sig./Sig.ra:**

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Data e 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 in favore del vaccinando innanzi indicato.

Luogo e data:
Firma del Genitore1/Rappresentante legale
Firma del Genitore2/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>