

ASLBA



REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Sede legale: Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI

Io sottoscritto/o _____
Documento _____ N. _____
Rilasciato da _____ in data ____/____/____
Rec. telefonico fisso _____ Rec. telefonico mobile _____
Padre/Madre di _____
nato il _____ a _____

DELEGO

Il/la Sig./ra _____
Documento _____ N. _____
Rilasciato da _____ in data ____/____/____

AD ACCOMPAGNARE MIA FIGLIA/O

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

e per la quale/i ho espresso il Consenso.

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio/a.

Data _____

Firma del genitore

Nota per i genitori:

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.

