

<b>DELEGA PER VACCINAZIONE DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI O SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA<sup>1</sup></b>	
<i>Dati identificativi del vaccinando</i>	
<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Codice Fiscale:</b>	
<i>Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno</i>	
<b>PADRE</b>	<b>Cognome e Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	
<b>MADRE</b>	<b>Cognome e Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	
<b>RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	
<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	

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

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

di essere **Genitore/i del MINORE**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>

di essere **Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno di:**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Provvedimento n.:</b>	<b>Data del Provvedimento:</b>
<b>Autorità:</b>	

- di **essere impossibilitato/a/i** a presenziare alla seduta per la somministrazione della vaccinazione \_\_\_\_\_
- di esprimere il consenso alla somministrazione del suddetto vaccino, nonché al trattamento dei dati personali, in favore di:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
-----------------	--------------

di delegare il/la Sig./Sig.ra:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>	
<b>Rilasciato da:</b>	<b>In data:</b>

a rappresentarmi/ci presso la sede vaccinale il giorno \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ per la somministrazione della vaccinazione \_\_\_\_\_ di:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
-----------------	--------------

<b>Luogo e data:</b>
<b>Firma del Genitore/Rappresentante legale</b>
<b>Firma del Genitore/Rappresentante legale</b>
<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>

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RESPONSABILE DEL MINORE STRANIERO NON  
ACCOMPAGNATO <sup>1</sup>**

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione o dell'atto di Notorietà  
(Artt. 46-47 del DPR 18.12.2000, n. 445)

*IL/LA SOTTOSCRITTO/A*

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Codice Fiscale:</b>	
<b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>	
<i>Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)</i>	
<b>DICHIARA</b>	
<input type="checkbox"/> di essere il <b>Tutore</b> di:	
<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Atto di nomina:</b>	
<input type="checkbox"/> di essere il <b>Responsabile della struttura affidataria</b> del/della minore:	
<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Codice Fiscale:</b>	

<b>Luogo e data:</b>
<b>Firma del Rappresentante legale</b>
<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>

<sup>1</sup> Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del tutore/responsabile della struttura affidataria.

<b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' <sup>1</sup></b> (Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445)	
<i>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</i>	
<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono :</b>	<b>E-mail :</b>
<b>Codice Fiscale:</b>	
<b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>	
<i>Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)</i>	
<b>DICHIARA</b>	
<input type="checkbox"/> di essere il <b>Genitore del minore:</b>	
<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Codice Fiscale:</b>	
<input type="checkbox"/> di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minoridi età (allegato F "Estratto normativo")	
<input type="checkbox"/> di avere il seguente stato civile: <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> celibe/nubile	
<b>In situazione di:</b> <input type="checkbox"/> affidamento congiunto <input type="checkbox"/> genitore affidatario <input type="checkbox"/> genitore non affidatario	
<input type="checkbox"/> che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: <input type="checkbox"/> impedimento <input type="checkbox"/> lontananza	
<input type="checkbox"/> che hai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione l'Autorità Giudiziaria competente ha stabilito che <b>il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente.</b>	
<b>Luogo e data:</b>	<b>Firma:</b>
<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>	

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