|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19**  **DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI**  **O SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA[[1]](#footnote-1)** | | |
| *Dati identificativi del vaccinando* | | |
| **Cognome:** | | **Nome:** |
| **Codice Fiscale:** | | |
| *Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno* | | |
| ***PADRE*** | **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:** | | |
| ***MADRE*** | **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:** | | |

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:**

□ di essere **Genitore/i del MINORE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita:** | **Luogo di nascita:** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita:** | **Luogo di nascita:** |
| **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, nonché al trattamento dei dati personali, in favore di:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |

□ di delegare il/la Sig./Sig.ra:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita:** | **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 di:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |

|  |
| --- |
| **Luogo e data:** |
| **Firma del Genitore/Rappresentante legale** |
| **Firma del Genitore/Rappresentante legale** |
| ***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.* |

1. *Modulo da presentare al professionista sanitario dell’equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.* [↑](#footnote-ref-1)