

*Dipartimento di Prevenzione  
S. C. Igiene e Sanità Pubblica*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

**DELEGO**

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

a rappresentarmi presso l'Ambulatorio vaccinale per il ritiro del certificato e/o la vaccinazione di

mio/a figlio/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. il delegato dovrà essere munito del proprio documento di riconoscimento e  
dovrà esibire il documento del genitore**