



**DELEGA VACCINAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante  
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

**IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**