

**MODULO PER DELEGA
DELEGATION OF AUTHORITY FORM**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____
I the undersigned (name and surname)

Documento _____ N. _____
Document _____ N.

Rilasciato da _____ in data _____
Issued by _____ on the

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____
home/office telephone _____ mobile telephone

Padre/Madre di (nome e cognome) _____
Father/Mother of (name and surname)

nato il _____ a _____
born on the _____ in

**DELEGO
AUTHORIZE**

Il/la Sig./ra (nome e cognome) _____
Mr. /Mrs (name and surname)

Documento _____ N. _____
Document _____ N.

Rilasciato da _____ in data _____
Issued by _____ on the

**AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO/A
TO ACCOMPANY MY SON/DAUGHTER**

(nome e cognome) _____
(name and surname)

**PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI
TO RECEIVE THE FOLLOWING VACCINATIONS**

e per la quale/i ho espresso il consenso.
and to which I have given my consent.

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio/a.
The authorized person is capable of providing information concerning my child's state of health.

Data _____
Date

Firma del genitore
Parent's signature

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.

Note to parents:

In certain clinical situations, the doctor administering the vaccination may contact the parent(s) by phone and/or ask them to attend a meeting.