

MODULO PER DELEGA

تفویضی فارم:

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

میں زیر دستخطی (نام): _____

Documento _____ N. _____

کاغذات: _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

جاری کنندہ: _____ تاریخ: _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

ٹیلی فون نمبر: _____ موبائل نمبر: _____

Padre/Madre di (nome e cognome) _____

والد / والدہ (نام): _____

nato il _____ a _____

A. _____ B. _____

DELEGO

تفویض:

Il/la Sig./ra (nome e cognome) _____

مسٹر / مسز (نام): _____

Documento _____ N. _____

کاغذات: _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

جاری کنندہ: _____ تاریخ: _____

AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO/A

اپنے بیٹے / بیٹی کے ہمراہ:

(nome e cognome) _____

(نام): _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

دی جانے والی ویکسین کی تفصیل:

e per la quale/i ho espresso il consenso.

اور جن کے بارے میں میں نے رضامندی ظاہر کی ہے۔

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio/a.

متبادل ذرائع میرے بیٹے کی صحت کے بارے میں مزید بہتر معلومات کیلئے ہیں۔

Data _____

Firma del genitore

تاریخ:

والد کے دستخط:

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

والدین کیلئے:

کسی خاص طبی مسئلہ کیلئے ڈاکٹر والدین سے رابطہ کر سکتا ہے۔