

**MODULO PER DELEGA****තමන් වෙනුවට නියෝජිතයෙක් පත් කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය**

Io sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_  
 මම (නම හා වාසගම) \_\_\_\_\_  
 Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 හැඳුනුම්පත අංක \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 නිකුත් කළ ස්ථානය දිනය \_\_\_\_\_  
 rec. telefonico fisso \_\_\_\_\_ rec. telefonico mobile \_\_\_\_\_  
 නිවසේ දුරකථන අංකය සංගම් දුරකථන අංකය \_\_\_\_\_  
 Padre/Madre di (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_  
 පියා/මව (නම හා වාසගම) \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 උපන් දිනය ස්ථානය \_\_\_\_\_

**DELEGO****මා වෙනුවට පහත සඳහන් අය නම් කරමි**

Il/la Sig./ra (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_  
 නම හා වාසගම (මයා/මිය) \_\_\_\_\_  
 Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 හැඳුනුම්පත අංකය \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 නිකුත් කළේ දිනය \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO/A****මාගේ පුතා/දුව කැඳවාගෙන පැමිණීමට**

(*nome e cognome*) \_\_\_\_\_  
 (නම හා වාසගම) \_\_\_\_\_

**PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI****පහත සඳහන් එන්නත් ලබාගැනීමට**

e per la quale/i ho espresso il consenso.

එම එන්නත/එන්නත් සඳහා මම කැමැත්ත පළ කළෙමි.

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

මේ එන අය මගේ දරුවාගේ සෞඛ්‍ය පිළිබඳව අවශ්‍ය දේ දනි.

Data \_\_\_\_\_  
දිනය

Firma del genitore  
මව/පියාගේ අත්සන

*Nota per i genitori:*

දෛමවපියන් සැ.යු.

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.

හදිසි අවශ්‍යතාවයක් මතු වුවහොත් එන්නත ලබාදුන් වෛද්‍යවරයා දුරකථන මාර්ගයෙන් වහාම මව්පියන් කැඳවීමට කටයුතු කෙරේ.