



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Via Don Sturzo 20 - 13900 BIELLA

Al

 Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Dipartimento di Prevenzione
ASL Biella

DELEGA PER VACCINAZIONI DI MINORI

Il/la sottoscritto/a _____
genitore di _____ nato il ____ / ____ / ____
delega il/la _____ ad accompagnare il/la suddetto/a
figlio/a per essere sottoposto/a alla/e Vaccinazione/i in appuntamento per il giorno ____ / ____ / ____

A tal fine dichiara di aver ricevuto e letto la scheda informativa relativa alla/e vaccinazione/i in appuntamento e di fornire il proprio consenso. Comunica inoltre di essere raggiungibile, in caso di bisogno, durante la fascia oraria prevista per la vaccinazione, al seguente numero telefonico _____

Dichiara ancora che il/la suddetto/a figlio/a:

	SI	NO
Oggi sta bene il bambino?		
Ha o ha avuto malattie importanti?		
Se si specificare se		
• Malattia neurologica		
• Malattia con immunodeficienza		
Ha mai avuto convulsioni?		
Se si specificare se		
• Con febbre?		
• Senza febbre?		
Negli ultimi 3 mesi ha preso farmaci in modo continuativo?		
Se si specificare se		
• Cortisonici ad alte dosi		
• Antitumorali		
Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto/a a radioterapia?		
Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline?		
E' allergico/a a qualche:		
• Alimento?		
• Farmaci?		
• Vaccino?		
Se si trattasi di un vaccino o di un componente specificare quale:		
Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?		
Se si, si è trattato di reazioni importanti?		

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la patria potestà.

Data ____ / ____ / ____

Firma del genitore _____

DEVE ESSERE ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL GENITORE DELEGANTE

N.B.: Per eventuali chiarimenti o altre necessità telefonare al n. 01515159261
dalle ore 13.30 alle ore 15.30 nei giorni feriali.