 

 ***Dipartimento di Prevenzione***

***S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica***

***Via Don Luigi Sturzo n. 20 – 13900 BIELLA***

*Direttore: Dr. Damiano Mones*

*Tel. 015-1515 9255 Fax. 015-15159222*

*dipartimento.prevenzione**@aslbi.piemonte.it*

*PEC: suap@cert.aslbi.piemonte.it*

AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/ C.F. \_

nato a \_ ( ) il\_ \_/\_ \_/\_ ,

residente a \_ (\_ \_) in n° \_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Che il bambino/a

nome \_ cognome \_ C.F.\_ \_

nato a \_ ( ) il\_ \_/\_ \_/\_ ,

non può presentarsi all’appuntamento fissato per il giorno alle ore\_ \_

per le seguenti cause: MALATTIA DEL BAMBINO/A

ALTRO (***SPECIFICARE***)

 \_ \_ \_

 \_ \_ \_

 \_ \_ \_

Data Firma del Genitore

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica Dipartimento di Prevenzione ASL Biella

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

***SERVIZIO IGIENE E SANITA’ PUBBLICA***

Via Don Sturzo 20 – 13900 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 08. 30 alle ore 10.30 nei giorni feriali.

