

DELEGA DLG 196/2003 per accompagnare un minore a vaccinarsi da parte di persona diversa del genitore/tutore

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____)
Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per il caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e sotto la mia personale responsabilità

DICHIARA

- di essere genitore/tutore/affidatario del minore _____
- di essere a conoscenza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori;
- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
- o, in alternativa di esercitare da sola/o la responsabilità genitoriale

DELEGA

Il/La Sig.re/a (Nome e Cognome) data di nascita

AD ACCOMPAGNARE MIA FIGLIA/O PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

..... e per la/e quale/i ho espresso il **CONSENSO**.

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

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

Firma del genitore delegante

Data _____

La persona delegata che accompagna il minore deve presentare un proprio valido documento di riconoscimento, e il documento di riconoscimento, originale o fotocopia, del delegante.

CONSENSO/DISSENSO ALLA VACCINAZIONE

Il sottoscritto
genitore/tutore di

dichiara quanto segue:

- di aver riferito correttamente le informazioni sullo stato di salute di mio figlio/a;
- di essere stato informato rispetto ai rischi e ai benefici della/e vaccinazioni/i e a quelli che potrebbero derivare dalla/e mancata/e vaccinazioni;
- di aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti;
- di essere stato informato della necessità di trattenermi nel servizio 15' dopo la vaccinazione;
- di aver ben compreso le informazioni che mi sono state fornite (a voce e con documenti scritti specifici) in ordine alle condizioni cliniche di mio/a figlio/a e ai rischi connessi alla/e vaccinazioni prima riportate;
- di aver acquisito il consenso dell'altro genitore

PCV13 (antipneumococco 13 valente)	SI	NO	ANTIVARICELLA	SI	NO
MEN B (antimeningococco B)	SI	NO	MPR (anti morbillo-parotite-rosolia)	SI	NO
ROTAVIRUS (antirrotavirus)	SI	NO	MPRV (anti morbillo-parotite-rosolia-varicella)	SI	NO
MEN ACWY (antimeningococco ACWY)	SI	NO	ESAVALENTE (DTPaIPVHBVHib)	SI	NO
HAV (antiepatite A)	SI	NO	DTPaIPV/dTpaIPV (Anti difto-tetano-pertosse-polio)	SI	NO
HPV (antipapillomavirus)	SI	NO	Altro:	SI	NO

Data Firma del genitore/tutore del minore.....