

DA COMPILARE SOLO SE IL MINORE VIVE  
IN FAMIGLIA AFFIDATARIA O IN COMUNITÀ

**MINORE CHE VIVE IN FAMIGLIA AFFIDATARIA O IN COMUNITÀ:  
DELEGA AD ACCOMPAGNARE IL MINORE ALLA VACCINAZIONE ANTI COVID-19**

Il sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e

Il sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

genitori/tutori del minore (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevoli che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa)

**DELEGANO**

(*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di

- genitore affidatario  
 operatore della Comunità ospitante

**ad accompagnare il minore al Punto Vaccinale per la somministrazione del vaccino anti covid-19**

**A TAL FINE DICHIARIANO**

- che la persona delegata è a conoscenza dello stato di salute del minore
- che per eventuali precisazioni/informazioni sono reperibile, nel periodo dell'esecuzione vaccinale, al seguente recapito telefonico: \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela**

\_\_\_\_\_

**ATTENZIONE!** È necessario allegare la copia del documento di identità in corso di validità di entrambi i genitori/tutori