



**l'Italia rinasce  
con un fiore  
vaccinazione  
anti-Covid 19**



**DELEGA PER LA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 CON COMIRNATY  
(Pfizer-BionTech)**

***Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000***

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

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

Documento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

recapito telefonico mobile \_\_\_\_\_ @mail \_\_\_\_\_

Padre/Madre di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

In assenza dell'altro genitore dichiara, sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale e:

**DELEGO**

Il/la Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

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

Documento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A**

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

**per eseguire la vaccinazione anti COVID-19 con vaccino COMIRNATY (Pfizer/BioNTech)**

La persona da me delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio/a figlio/a. Sono consapevole che il medico vaccinatore, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi e/o richiedere la mia presenza.

Allego alla presente:

1. fotocopia fronte/retro del documento di identità del dichiarante
2. fotocopia fronte/retro del documento di identità del delegato

Firma del delegante \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_