

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE

DIPARTIMENTO di PREVENZIONE

Via Chiusaforte, 2 - 33100 Udine

Centralino dipartimento 0432 553221 Fax: 0432 55 3255

www.asuiud.sanita.fvg.it dip@asuiud.sanita.fvg.it

**DELEGA SCRITTA
PER I MINORI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI**

Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra _____

Documento _____

N _____

Rilasciato da _____

in data _____

TEL /cell _____

in qualità di (*padre/madre*) _____

di (*nome e cognome*) _____

nato/a il _____

a _____

DELEGO

il/la sig./sig.ra (*nome e cognome*) _____

Documento _____

N° _____

Rilasciato da _____

In data _____

TEL /cell _____

AD ACCOMPAGNARE MIO/A FIGLIO/A

(*nome e cognome*) _____

PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI

DICHIARO DI AVER LETTO IL MATERIALE INFORMATIVO E DI CONOSCERE I VANTAGGI E LE POSSIBILI COMPLICANZE DELLA/E VACCINAZIONE/I SOPRAINDICATA/E E:

- ☐ ESPRIMO IL CONSENSO ALLA SUA/LORO EFFETTUAZIONE E DICHIARO CHE L'ALTRO GENITORE DEL BAMBINO CONCORDA NEL CONSENTIRE LA/LE VACCINAZIONE/I;

oppure:

- ☐ ESPRIMO IL CONSENSO ALLA SUA/LORO EFFETTUAZIONE E DICHIARO, IN QUALITÀ DI UNICO ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE, DI ASSUMERNE PERSONALMENTE E LEGALMENTE TUTTE LE RESPONSABILITÀ RELATIVE.

DICHIARO ALTRESI' CHE:

1) il bambino sta bene ? ☐ SI ☐ NO

2) è stato ricoverato in ospedale ? ☐ SI ☐ NO
Se sì, specificare per quale patologia e quando:

3) ha o ha avuto malattie importanti ? ☐ SI ☐ NO
Se sì, specificare se si tratta di malattia neurologica ☐ SI
malattia con immunodeficienza ☐ SI

e quale terapia assume:

4) ha mai avuto le convulsioni? ☐ SI ☐ NO
Se sì, specificare se con la febbre ☐ SI
senza febbre ☐ SI

5) negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci regolarmente? ☐ SI ☐ NO
Se sì, specificare se cortisonici ad alte dosi ☐ SI
antineoplastici ☐ SI
antiepilettici ☐ SI
sedativi ☐ SI

e per quale patologia:

6) negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante ? ☐ SI ☐ NO

7) nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come
una trasfusione o immunoglobuline ? ☐ SI ☐ NO

8) è allergico a qualche farmaco o vaccino (o a un suo componente) ? ☐ SI ☐ NO
Se sì, quale: _____

9) è allergico a qualche alimento ? ☐ SI ☐ NO
se sì, quale: _____

10) è in gravidanza ? ☐ SI ☐ NO

11) ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni? ☐ SI ☐ NO
Se sì, si è trattato di reazioni importanti ? ☐ SI ☐ NO
Se sì, descrivere la reazione _____
e compilare la scheda di segnalazione di reazione avversa a vaccino se non ancora fatto.

Data _____

Firma del genitore

SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL GENITORE DELEGANTE.

Nota per i genitori:

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