

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
 UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA**
**DELEGA SCRITTA  
PER I MINORI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**delega a tutti gli effetti**

il/la signore/a maggiorenne \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**ad accompagnare il sopraindicato minore**
**per eseguire le seguenti vaccinazioni \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_.**
**Il/la sottoscritto/a dichiara:**

- di aver letto il materiale informativo, di conoscere i vantaggi della vaccinazione e gli eventuali effetti collaterali;
- che la persona delegata che accompagna il minore è informata sulle sue condizioni di salute.

La persona che accompagna il minore deve presentarsi con:

- la presente delega debitamente compilata e firmata dal genitore/tutore;
- la seguente scheda di triage pre-vaccinale;
- la copia del documento di riconoscimento del genitore/tutore che delega;
- il proprio documento di riconoscimento.

**SCHEDA STANDARDIZZATA DI TRIAGE PRE-VACCINALE**

Il minore sta bene oggi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha o ha avuto malattie importanti? Se sì, specificare la patologia e quando: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha sofferto di patologie neurologiche o del sistema immunitario? Se sì, specificare la patologia e quando: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha mai avuto le convulsioni? Se sì, con febbre?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore prende farmaci regolarmente? Se sì, che tipologia di farmaci e per che patologia? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore prende cortisonici ad alte dosi, antitumorali o antiepilettici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore è stato sottoposto negli ultimi 3 mesi a terapia radiante?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore nell'ultimo mese ha ricevuto trasfusioni di sangue o altri emoderivati?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore è allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se sì, a cosa? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il minore ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, che tipologia di reazioni? Descrivere la reazione: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**Ove previsto, il genitore delegante dichiara di aver raccolto il consenso e il parere favorevole anche dell'altro genitore.**

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma del genitore/tutore