

SEZIONE ANAGRAFICA PER PAZIENTE MINORENNE E GENITORI/TUTORE/CURATORE

Io sottoscritto/a (nome) (cognome)

Nato/a il a residente a

Io sottoscritto/a (nome) (cognome)

Nato/a il a residente a

Dichiaro di esercitare la responsabilità genitoriale nei confronti del/della minorenni

..... nato/a a il

Data ___/___/___ firma genitore 1 firma genitore 2.....

NB: se soltanto un genitore accompagna il minore alla vaccinazione, è necessario presentarsi con delega firmata e copia di documento di identità dell'altro genitore.

Dichiaro di esercitare la responsabilità genitoriale in via esclusiva nei confronti del/della minorenni

..... nato/a a il in quanto l'altro genitore è

- Deceduto;
- Impedito momentaneamente ad esercitare la responsabilità genitoriale ex art. 317 del Codice Civile;
- Esente dalla responsabilità genitoriale.

Data e firma

Dichiaro di essere il tutore/curatore del/della minorenni

nato/a a il , designato dal giudice tutelare alla tutela/curatela dello/a stesso/a

Data e firma

CONSENSO PER PAZIENTE MINORENNE

Dichiaro/dichiaro di:

- aver letto la nota informativa prevista dal Ministero della Salute relativamente alla vaccinazione anti-COVID19
- aver letto, aver adeguatamente compilato, eventualmente con l'ausilio del medico vaccinatore, e aver sottoscritto la relativa Scheda Anamnestica e il Modulo di Consenso
- aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,

Pertanto **ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO** a sottoporre alla vaccinazione anti-COVID19
“.....” il/la minorenni
tenuto conto anche della volontà espressa dallo/a stesso/a adeguatamente informato.

Data ___/___/___ firma genitore 1 e/o tutore/curatore firma genitore 2.....

Data e firma del medico