

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 .....