



Asl1

Sistema Sanitario Regione Liguria

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Complessa
Igiene Pubblica

MODULO DI DELEGA

Il sottoscritto/a
nato/a a il
genitore di
documento di riconoscimento n.

DELEGO

il/la Sig./ra
nato/a a il
documento di riconoscimento n.
a rappresentarmi presso l'Ambulatorio vaccinale per il ritiro del certificato e/o la vaccinazione di
mio/a figlio/a
nato/a a il

Data

Firma

N.B. Il delegato dovrà essere munito del proprio documento di riconoscimento e dovrà esibire il documento del genitore.

