

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
U.O.C. SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**MODULO DI DELEGA PER LE VACCINAZIONI**

(non utilizzabile per la 1° vaccinazione)

Io sottoscritto/a.....nato/a a .....

il ..... residente a.....

recapito telefonico (a cui posso essere contattato).....

madre/padre/tutore del minore.....

nato/a.....il.....

**Delego a tutti gli effetti**

Il/la Signore/a.....nato/a .....

il .....residente a .....

Documento di identità n.....

rilasciato da..... in data .....

ad accompagnare il sopraindicato minore per eseguire le seguenti vaccinazioni.....

.....  
.....il giorno.....**QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL BAMBINO**

(da compilare a cura del genitore non prima del giorno antecedente alla vaccinazione)

1. Il bambino sta bene? SI  NO 2. Ha o ha avuto malattie importanti? SI  NO 

Se sì, specificare quale malattia e quando .....

3. Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche o di malattie del sistema immunitario? SI  NO 

Se sì, specificare di che tipo .....

4. Ha mai avuto convulsioni? SI  NO Se sì, le ha avute con febbre? SI  NO



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

## U.O.C. SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

	Se sì, le ha avute senza febbre?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
5.	Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci con continuità?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	Se sì, specificare quali	_____			
	Se sì, specificare se: cortisonici ad alte dosi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	Se sì, specificare se: antineoplastici	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
6.	Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
7.	Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni, immunoglobuline)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
8.	E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	Se sì, a cosa?	_____			
9.	Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	Se sì, di che tipo? Descrivere la reazione	_____			
		_____			
		_____			

Dichiaro inoltre che la persona delegata è informata sulle condizioni di salute del bambino.

.....

Data

.....

Firma

**NB:** la persona che accompagna il bambino deve presentarsi con la copia del documento di identità del genitore che firma la delega e con il proprio documento di identità.

**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.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>.

Data	Firma del dichiarante
------	-----------------------