



ASL Lecce

PugliaSalute

DELEGA VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'