

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

Dichiarazione di consenso della tutrice/del tutore legale

☞ Si prega di compilare e firmare questo modulo e di darlo a vostra figlia/vostro figlio perché lo porti a scuola. Grazie.

Dati personali della figlia/del figlio **(come da carta d'identità, passaporto o carta di soggiorno):**

Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	
Sesso:	
Via, n.:	
NPA/Località:	
Classe:	
N. cellulare per scaricare il certificato:	

Si prega di indicare sì o no:

<input type="checkbox"/>	Sì , acconsentiamo che a nostra figlia/nostro figlio venga somministrato a scuola il vaccino anti-Covid-19.
<input type="checkbox"/>	<i>Se sì, confermare quanto segue:</i> Confermiamo di non essere a conoscenza di alcuna allergia di nostra figlia/nostro figlio al polietilenglicole 2000 (macrogol) o alla trometamina.
<input type="checkbox"/>	No , non desideriamo che a nostra figlia/nostro figlio venga somministrato a scuola il vaccino anti-Covid-19; oppure a nostra figlia/nostro figlio è già stato somministrato il vaccino.

La persona sottoscritta conferma la correttezza dei dati:

Luogo, data:

Nome e firma di almeno uno dei tutori legali

Nome: _____

Firma: _____

Nome: _____

Firma: _____