

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV.2/COVID 19**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

Cod. fisc. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

<input type="checkbox"/> Padre o Madre	<input type="checkbox"/> Fratello/Sorella	<input type="checkbox"/> Comune	<input type="checkbox"/> Associazione
<input type="checkbox"/> Figlio/Figlia	<input type="checkbox"/> Nipote, Cugino	<input type="checkbox"/> avv.	<input type="checkbox"/> dr. comm.- <input type="checkbox"/> rag.
<input type="checkbox"/> Coniuge non separato	<input type="checkbox"/> Convivente stabile	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

di \_\_\_\_\_ (nome \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ dell'interessato)

nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione a prestare, in nome e per conto dell'interessato, il consenso alla vaccinazione anti Sars-Cov.2/Covid della persona ora indicata, trattandosi di persona impossibilitata a sottoscrivere il consenso informato

Data prevista per la vaccinazione: \_\_\_\_\_

Chiede l'efficacia immediata ex art. 741 c.p.c.

Chiede sin d'ora copia del provvedimento del giudice, anche se di rigetto;

**Allega:**

- Certificazione medica attestante lo stato di incapacità della persona
- Marca da bollo da € 27,00 + marca da € 11,63 per diritti di copia**
- Altri documenti (specificare): \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_