

# AVVISO

## AI GENITORI DEGLI ALUNNI

*Si prega prendere visione di quanto comunicato dall'ASL Bari - Dipartimento di prevenzione.*

**Oggetto *vaccinazione anti COVID-19 per studenti Istituti Scolastici Terlizzi del 25/08/2021 00:16:50***

**Protocollo 0003719/E del 25/08/2021 07:55 - VII.7 - Sorveglianza sanitaria**

*Data ed ora messaggio: 25/08/2021 00:16:50*

*Oggetto: vaccinazione anti COVID-19 per studenti Istituti Scolastici Terlizzi*

*Da: Omissis - <asl.bari.it>*

*A: bamm290002@istruzione.it, bapc23000q@istruzione.it, bais06700a@istruzione.it*

*Cc:*

Si comunica che, al fine di poter garantire al maggior numero di studenti possibile il completamento del ciclo vaccinale anti COVID-19 entro la data di inizio delle lezioni del nuovo anno scolastico, la ASL di Bari ha predisposto la seguente seduta vaccinale dedicata agli studenti iscritti alle scuole secondarie di primo e secondo grado di Terlizzi.

**GIOVEDÌ 26 AGOSTO PV DALLE ORE 15 ALLE ORE 18 PRESSO IL PALAZZETTO DELLO SPORT PALACHICOLI DI TERLIZZI, IN VIA CAPPELLA DEI CHICOLI.**

Potranno accedervi senza prenotazione gli studenti nella fascia d'età 12-19 anni residenti a Terlizzi ovvero iscritti alle scuole medie e superiori di Terlizzi.

Si precisa che per la vaccinazione dei minori di anni 18 è necessaria la presenza di entrambi i genitori; nel caso di presenza di un solo genitore, è necessario che il genitore non presente compili l'allegato modulo di delega corredato da fotocopia del documento di identità.

Si prega di dare la più ampia e tempestiva diffusione della iniziativa presso gli studenti e le loro famiglie.

PS. Per i soggetti nella fascia d'età 12-19 anni sarà possibile vaccinarsi senza prenotazione anche nelle restanti giornate di apertura dell'Hub vaccinale di Terlizzi (martedì, mercoledì e giovedì dalle ore 8,30 alle 13,30 e dalle 15 alle 18,30).

Cordiali saluti.

*Dr. Flavio Napolano  
Dirigente Medico  
ASL Bari - Dipartimento di Prevenzione  
PVP Terlizzi*

Totale allegati presenti nel messaggio: 1

MODULO\_DELEGA x minori.pdf (180,37 Kb) [Download](#)

## DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Io sottoscritto/a (nome e cognome del genitore che non può essere presente alla vaccinazione)

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

Padre / Madre di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Impossibilitato ad essere presente **esprimo il mio consenso alla somministrazione del suddetto vaccino e al trattamento dei dati personali e**

### DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Padre / Madre del minore

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

a **rappresentarmi** presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di **NOSTRO/A FIGLIO/A**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

**IN DATA** \_\_\_\_\_

**Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**firma del Delegante**

\_\_\_\_\_