

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 **representarmi** 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
