

## DELEGA PER RITIRO CARD VACCINALI REGIONE CAMPANIA

Il / La sottoscritto/a.....nato/a a .....  
il.....

### DELEGA

Al ritiro della propria card vaccinale il / la Sig. / Sig.ra.....  
nato/a a.....il.....

Data e luogo

FIRMA

---

Allegare fotocopia di un documento di identità del delegante (anche ricevuta Carta d'identità Elettronica)

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITÀ' IN CORSO DI VALIDITÀ'