

**Dichiarazione di consenso del/della detentore/detentrica dell'autorità parentale  
Vaccinazione Covid-19 per adolescenti dai 12 anni in su nelle scuole secondarie del  
Cantone Basilea-Campagna**

- Consegna per favore questo formulario debitamente compilato e firmato a Sua figlia/Suo figlio da portare con sé a scuola il giorno della vaccinazione Covid-19. Tante Grazie.

**Dati personali dell'adolescente (come su carta d'identità, passaporto, libretto stranieri):**

Cognome:	
Nome:	
Data di nascita	
Sesso:	
Via, no.:	
CAP, luogo di residenza:	
Classe:	
Numero cellulare:	

**Metta per favore una croce accanto a "Sì" se desidera che Sua figlia/Suo figlio venga vaccinata/o a scuola contro Covid-19:**

<input type="checkbox"/>	<b>Sì</b> , siamo d'accordo che nostra figlia/nostro figlio venga vaccinata/o a scuola contro Covid-19.
--------------------------	--

- Se **non** desidera che Sua figlia/Suo figlio venga vaccinata/o a scuola contro Covid-19 non deve fare nulla.

Il/La sottoscritta/o conferma la veridicità delle informazioni di cui sopra:

Luogo, data:

**Cognome e firma di almeno uno dei detentori dell'autorità parentale:**

Cognome, nome:

Firma:

Cognome, nome:

Firma: