

Ufficio del medico cantonale
6501 Bellinzona
www.ti.ch/med

AUTORIZZAZIONE AL MEDICO

A TRASMETTERE COPIA DEL CERTIFICATO DI VACCINAZIONE ALL'UFFICIO DEL MEDICO CANTONALE

Il/La sottoscritto/a

Via

NAP e località.....

informa che:

il certificato di mio/a figlio/a.....

nato/a il.....

si trova presso il medico:

dr/dr.ssa med (nome e cognome del medico).....

Via

NAP e località.....

**Con la presente autorizzo il medico sopra menzionato a trasmettere all'Ufficio
del medico cantonale copia del certificato di vaccinazione di mio/a figlio/a.**

Luogo e data

Firma