



**MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE
ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARI**

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____
il ____ / ____ / ____ e residente
a _____ in _____ tel _____
_____ documento di identità n° _____
rilasciato da _____ di cui allega copia fotostatica;

La sottoscritta (nome e cognome) _____ nato
a _____ il ____ / ____ / ____ e residente
a _____ in _____ tel _____
_____ documento di identità
n° _____ rilasciato da _____ di cui
allega copia fotostatica, in qualità di genitori genitore unico di (nome e cognome)
_____ nato/a
a _____ il ____ / ____ / ____
_____ .

DELEGA/DELEGANO

Il/la
Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
_____ Prov. _____
_____ il ____ / ____ / ____ residente
a _____ Prov. _____ in _____
_____ recapito telefonico _____ documento di identità
n° _____ rilasciato
da _____ all'accompagnamento del/la minore
sopra identificato/a presso (indicare Struttura) _____ per l'effettuazione
della/e prestazione/i sanitaria/e di _____ da svolgersi in
data ____ / ____ / ____ alle ore _____ .

Luogo e data _____

Firma del/i genitore/i _____

Firma del delegato _____