

MODULO

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORENNE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto titolare di potestà genitoriale

Sig./a

Nato/a il a

residente a

in Via/Piazza n°

Carta di identità n°.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazione mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

padre madre genitore affidatario tutore

Esercente la patria potestà del/la minorenni:

nato/a il

DELEGA E AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra

Nato/a il a Residente a

..... in Via /Piazza..... n° Carta identità n. .

..... ad accompagnare in sua vece

il/la minorenni suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:

.....

Documento esibito dal delegato:

(data)..... Firma.....

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e **una fotocopia di un documento valido del delegante titolare della potestà genitoriale.**