QUISISANA

MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE

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 _____