

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESENZA SANITARIA

I sottoscritti titolari della potestà genitoriale

Signora _____
Nata il _____ a _____
Residente a _____ CAP _____
in Via/Piazza _____ n° _____
Carta di Identità n° _____ scad. _____

Signor _____
Nato il _____ a _____
Residente a _____ CAP _____
in Via/Piazza _____ n° _____
Carta di Identità n° _____ scad. _____

Consapevoli che chiunque rilasci dichiarazioni 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

◆ madre ◆ padre ◆ genitore affidatario esercente la potestà genitoriale
(barrare le scelte corrette)

del MINORE

Nato a _____ il _____

DELEGANO E AUTORIZZANO il/la Sig./ra

Nato/a il _____ a _____
Residente a _____ CAP _____
In Via/Piazza _____ n° _____
Carta di Identità n° _____ Scad, _____

ad accompagnare in propria vece il minore suindicato/a per l'esecuzione della opportuna prestazione sanitaria.

Imola, ____/____/____ Firma

Firma

Documento esibito dal delegato:

NB. LA PERSONA DELEGATA DEVE PRESENTARSI CON UN PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO DEI DELEGANTI TITOLARI DELLA POTESTÀ GENITORIALE.