

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO PER PAZIENTI MINORENNI

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DEL GENITORE DELEGANTE

Il/Lasottoscritto/a.....

Nato/a a

Codice Fiscale.....

IN QUALITA' DI GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE LA PODESTA' GENITORIALE SUL MINORE:

Cognome e Nome.....

Nato/a a Il

Codice Fiscale

CON LA FIRMA DELLA PRESENTE DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra.....ad accompagnare il minore sopraccitato presso il Poliambulatorio Corte Medica per essere sottoposto alla visita.

Dichiaro inoltre che gli eventuali soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa:

Data.....

Firma del Genitore delegante

.....