

Codice:	MOD035	
Titolo del documento:	DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONI SANITARIE	
Area:	Polidiagnostico	Rev. 2 del 24/01/2024

Il sottoscritto titolare di potestà genitoriale Sig./a
 Nato/a il a
 Residente a
 in Via/Piazza n°
 Documento di identità: tipologia n.

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

☐ padre ☐ madre ☐ genitore affidatario ☐ tutore

Esercente la responsabilità genitoriale del/la Minore:
 nato/a a il

DELEGA E AUTORIZZA

Sono escluse le prestazioni invasive e che prevedono il consenso specifico

Il/la Sig./Sig.ra
 Nato/a il a
 Residente a in Via /Piazza.....n°
 Documento di identità: tipologia n.

Ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:

Luogo e data _____

Firma_____