

**Delega per l'accompagnamento di minore all'effettuazione
di prestazione sanitaria**

Il /La sottoscritto/a

Nato/a a il

Codice Fiscale

In qualità di genitore/soggetto esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Cognome e Nome

Data di nascita

Codice Fiscale

DELEGA

Il/la sig./sig.ra

Nato/a a il

Codice Fiscale

Ad accompagnare il minore sopraindicato presso l'Ospedale Privato Accreditato Casa di Cura Fogliani per essere sottoposto alle seguenti visite/esami diagnostici/prestazioni sanitarie:

.....
.....

DICHIARA INOLTRE ESPRESSAMENTE

Che gli eventuali altri soggetti esercitanti la responsabilità genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

Luogo e data

Firma del delegante

.....

Firma del delegato

.....

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL GENITORE DELEGANTE E DEL DELEGATO.