

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Prov. _____ Cap _____

rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

in qualità di _____ (es. genitore, tutore, curatore) di

nato/a a _____ il _____

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante:

Documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle indagini mediche a cui verrà sottoposto il citato minore/incapace al cui esercizio sono favorevole e consenziente, essendo assolutamente impossibilitato ad accompagnare il minore/incapace e pienamente responsabile di quest'ultima affermazione

DELEGA

Il/La signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

Prov. _____ Cap _____

ad accompagnare il minore/l'incapace sopra identificato, per l'esecuzione in favore di quest'ultimo delle seguenti prestazioni sanitarie di cui necessita:

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato:

Documento _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

_____, Li ___ / ___ / ___

FIRMA DEL DELEGANTE

Esibire copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante e del delegato**Nota:**

Ove lo ritenga necessario, il medico può contattare il genitore/tutore/curatore del minore/incapace, ovvero chi ne esercita legalmente la rappresentanza e/o richiederne la convocazione.