

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto esercente la responsabilità genitoriale

Sig./a	
C.F.	
N°. e Tipo Doc.	

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:
padre madre genitore affidatario esercitante la responsabilità genitoriale
tutore

del/la **MINORE** _____ **C.F.** _____

DELEGA E AUTORIZZA

(CON ESCLUSIONE delle prestazioni su minori per: vaccinazioni; valutazioni psicologiche e neuropsichiatriche; altre prestazioni su richiesta dello specialista; prestazioni che prevedono il consenso specifico)

Sig./a	
C.F.	
N°. e Tipo Doc. (da esibire)	

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

Luogo e data _____, ____ / ____ / _____

Firma

esteso e leggibile)

(per

Il delegato dovrà presentarsi con un documento di riconoscimento in corso di validità e una fotocopia documento valido del delegante esercente la responsabilità genitoriale

I dati personali verranno trattati in conformità a quanto previsto dal Reg. UE 2016/679