

**Delega ed autorizzazione all'accesso a prestazioni sanitarie
per persona minorenni o amministrata**

da compilarsi a cura del/i genitore/i o del tutore legale che non accompagna/no il minore

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____
n. _____, documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____, e
Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____
n. _____, documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____,

DICHIARA/DICHIARANO

1. di essere _____ (es. genitore, tutore, ecc.) del minore
_____, nato a _____,
il _____;
2. che è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa ed all'espressione del consenso informato scritto per le prestazioni per cui è previsto;
3. di autorizzare e delegare il/la sig./ra _____,
nato/a a _____, il _____ ad accompagnare il
minore ad eseguire le prestazioni prenotate e a gestirne la relativa documentazione.

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

Il dichiarante _____

Il delegato _____

ATTENZIONE

- Allegare fotocopia di un documento d'identità valido del dichiarante;
- Il delegato deve essere persona maggiorenne e deve esibire un proprio documento d'identità valido.
In assenza delle predette condizioni la prestazione richiesta non potrà essere erogata