



DELEGA PER ACCERTAMENTI SANITARI SU PAZIENTI MINORI

(REV 10/2025)

Dati identificativi dei deleganti (genitori o tutore legale)

Genitore/Tutore 1: Nome e cognome _____

nato/a _____ il _____ residente in via _____

_____ CAP _____ città _____ Prov _____

Carta di identità numero _____ emessa da _____ valida sino al _____

Genitore/Tutore 2: Nome e cognome _____

nato/a _____ il _____ residente in via _____

_____ CAP _____ città _____ Prov _____

Carta di identità numero _____ emessa da _____ valida sino al _____

in qualità di: [] esercente/i la Responsabilità genitoriale [] esercente la tutela legale

Dati del minore:

di (nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____ residente in via _____

_____ CAP _____ città _____ Prov _____

**Conferma sotto la propria responsabilità che, in caso di unico genitore firmatario,
ha ottenuto il consenso anche dell'altro genitore e quindi**

DELEGA

Dati del delegato Nome e cognome _____

nato/a _____ il _____ residente in via _____

_____ CAP _____ città _____ Prov _____

Carta di identità numero _____ emessa da _____ valida sino al _____

ad accompagnare il minore sopra indicato presso l'Ambulatorio Polispecialistico Medisana srl per usufruire della prestazione

sanitaria _____

prenotata, compresa l'effettuazione delle operazioni di accettazione (inclusa la firma per il consenso privacy per finalità terapeutiche e commerciali), gestione pratiche assicurative, anche in caso in cui le stesse prevedano prestazioni invasive e che prevedano la firma di un consenso informato.

Si allega fotocopia fronte e retro:

- Documento di identità del delegante/i (genitore o tutore legale).

- Documento di identità del delegato.

Luogo e data _____

Il delegante 1 _____

Il delegante 2 _____

Il delegato _____

MEDISANA srl

Dir. San. Dott. Paolo Bonfanti

AMBULATORIO POLISPECIALISTICO - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA - FISIOTERAPIA - MEDICINA E SICUREZZA SUL LAVORO

Via Col di Lana, 33/a - 21013 GALLARATE - Tel +39 0331.770062 - P.IVA02683700120