

DELEGA PER ACCERTAMENTI SANITARI SU PAZIENTI MINORI

(REV 07/2026)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Dati identificativi del delegante (genitori o tutore legale)

Il/La sottoscritto/a Nome e cognome _____
nato/a _____ il _____ residente in via _____
_____ CAP _____ città _____ Prov _____

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 _____

DELEGA

Dati del delegato Nome e cognome _____
nato/a _____ il _____ residente in via _____
_____ CAP _____ città _____ Prov _____

ad accompagnare il minore sopra indicato 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.

Il/i Delegato/i dichiara/dichiarano, altresì, di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di formazione e/o uso di atti falsi, di dichiarazioni mendaci o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000. Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Si allega fotocopia fronte e retro:

- Documento di identità del delegante
- Documento di identità del delegato
- Documento di identità del minore

Luogo e data _____

Il delegante _____

(firma per esteso e leggibile)

Il delegato _____

(firma per esteso e leggibile)