

DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE A PRESTAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto (nome e cognome)

nato a il

documento di identità n° rilasciato da

E

Il sottoscritto (nome e cognome)

nato a il

documento di identità n° rilasciato da

in qualità di genitori/tutori di

(Cognome e Nome del Minore)

Nato a il

Consapevoli delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, essendo stati adeguatamente informati, prestiamo il consenso allo svolgimento delle indagini mediche di seguito specificate cui verrà sottoposto il citato minore

prelievo ematico esami di laboratorio su campioni biologici

visita medica specialistica

ed essendo noi, **assolutamente impossibilitati** ad accompagnare il già citato minore

DELEGHIAMO

Il/la Sig./ra

nato/a a il

ad accompagnare il già citato minore e, a tal fine, sotto la nostra personale responsabilità

ALLEGHIAMO alla presente :

COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA' DEI DELEGANTI (GENITORI/TUTORI)

COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO

Firma del delegante (1) Firma del delegante (2)

Firma del delegato

Data