



DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

in qualità di genitore/soggetto esercente la potestà genitoriale sul minore:

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

**CON LA FIRMA DELLA PRESENTE
DELEGA**

il/la sig./sig.ra _____

ad accompagnare il minore sopracitato presso Il presidio ospedaliero per essere sottoposto alle seguenti visite/terapie:

DICHIARA INOLTRE ESPRESSAMENTE

che gli eventuali altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

data _____

Firma _____

In allegato fotocopia del documento di riconoscimento genitore/tutore delegante

Per contatti: cellulare _____