

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESENZA SANITARIA**Il sottoscritto titolare potestà genitoriale**

Sig./ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ CAP _____

In Via/Piazza _____ n° _____

Carta di Identità n° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

padre madre genitore affidatario esercente la potestà genitoriale tutoreDel/la **MINORE** _____

Nato/a a _____ il _____

DELEGA E AUTORIZZA**SONO ESCLUSE DA DELEGA: le prestazioni su minori per valutazioni psicologiche e neuropsichiatriche e le prestazioni che prevedono il consenso specifico**

Il/la Sig./ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ CAP _____

In Via/Piazza _____ n° _____

Carta di Identità n° _____

Ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:

Documento esibito dal delegato:

_____, ____/____/____ Firma

LA PERSONA DELEGATA DEVE PRESENTARSI CON UN PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO DEL DELEGANTE TITOLARE DELLA POTESTÀ GENITORIALE.