

**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.**