

 	Delega per l'accompagnamento di minore/incapace	Mod.05.6
		Rev. 2 Aggiornato al 20.02.2020
		Pag. 1 di 1

Il/La sottoscritto/a _____
 C.F. _____ nato/a a _____
 il _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Prov. _____ Cap _____
 rec. telefonico fisso _____ rec. telefonico mobile _____

in qualità di _____ (es. genitore, tutore, curatore) di

nato/a a _____ il _____

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante:

Documento _____ n. _____
 rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle indagini mediche a cui verrà sottoposto il citato minore/incapace al cui esercizio sono favorevole e consenziente, essendo assolutamente impossibilitato ad accompagnare il minore/incapace e pienamente responsabile di quest'ultima affermazione

DELEGA

Il/La signor/a _____
 nato/a a _____ il _____
 residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____
 Prov. _____ Cap _____

ad accompagnare il minore/l'incapace sopra identificato, per l'esecuzione in favore di quest'ultimo delle seguenti prestazioni sanitarie di cui necessita:

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato:

Documento _____ n. _____
 Rilasciato da _____ il _____

_____, Li ___ / ___ / ___

FIRMA DEL DELEGANTE

Esibire copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante e del delegato

Nota:

Ove lo ritenga necessario, il medico può contattare il genitore/tutore/curatore del minore/incapace, ovvero chi ne esercita legalmente la rappresentanza e/o richiederne la convocazione.