

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO INCAPACE / SOGGETTO TUTELATO

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 _____
_____, Lì ___ / ___ / ___

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