

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.