

 	<b>Delega per l'accompagnamento di minore/incapace</b>	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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 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.