



CODICE	MOAA_521
REVISIONE	0
DATA	01/02/2019
PAGINA	1 di 1

**DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI
PER PRESTAZIONE SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a

Sig./a

Nato/a a il

Residente a CAP

Via/Piazza N°

Allega documento di riconoscimento _____ n.

Essendo 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)

DICHIARA di essere **titolare/esercente la potestà genitoriale in qualità di:**

- padre madre genitore affidatario tutore

del/la **MINORE**:

nato/a a il

DELEGA E AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra

Nato/a a..... il CF _____

ad ACCOMPAGNARE in sua vece il/la minore suindicato/a e a sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati per l'esecuzione della seguente prestazione sanitaria (specificare):

.....

data

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.

I dati personali verranno trattati in conformità alla legge italiana sulla *privacy* e successive modifiche ed integrazioni.

A carico del personale che effettua l'accettazione (_____):

Documento esibito dal delegato