

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a Nato/a il.....
a.....C.F.:.....
Residente in CAP.....
In Via/PiazzaN°
Carta di Identità rilasciata da.....n.....
Con scadenza il.....

E

Il/la sottoscritto/a Nato/a il.....
a.....C.F.:.....
Residente in CAP.....
In Via/PiazzaN°
Carta di Identità rilasciata da.....n.....
Con scadenza il.....

in qualità di esercenti / esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Nome:.....
Cognome:.....
Nato a:.....
Il:.....
C.F.:.....

DELEGANO E AUTORIZZANO/ DELEGA E AUTORIZZA

il/la Sig./Sig.ra Nato/a il
a.....,C.F.:.....Residente in
..... in Via/Piazza N°
Carta di Identità rilasciata da.....n.....
con scadenza il....., ad accompagnare in loro/sua vece il/la minore sopra
identificato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:
.....

Nel caso in cui la responsabilità genitoriale sul minore sia esercitata da un unico soggetto, il medesimo, compilando e sottoscrivendo il presente modulo dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere l'unico esercente la responsabilità genitoriale sul minore sopra identificato.

Luogo e data Firma

Firma

I dati personali del **soggetto delegante** rilasciati con la compilazione del presente modulo saranno trattati in conformità dell'informativa privacy resa al momento dell'accettazione e consultabile al seguente link <https://casasalute.eu/informativa-privacy/>

I dati personali del **soggetto delegato** rilasciati con la compilazione del presente modulo saranno trattati in conformità dell'informativa privacy visionabile al seguente link <https://casasalute.eu/informativa-privacy/> e disponibile presso le receptions delle nostre strutture.

N.B: Si allegano alla presente copie fotostatiche dei documenti di identità in corso di validità del/i deleganti/e, del delegato e del minore. Nel caso in cui il delegante sia tutore, curatore, amministratore di sostegno, oltre al documento di identità, dovrà fornire copia del provvedimento del Giudice Tutelare.