



MODULO DI DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ____/____/____, residente a _____, in Via _____

N° telefonico a cui il sottoscritto può essere contattato al momento della visita per eventuali necessità: _____

DICHIARA

di essere ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE in qualità di:

- padre
- madre
- genitore affidatario
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

del/la MINORE _____

(cognome)

(nome)

nato a _____ (_____) il _____

DELEGA

(in accordo con l'altro genitore, dal sottoscritto consultato)

Il/La Sig./ra _____ nato/a _____

Il _____, residente in _____, Via _____ n. _____

Ad accompagnare il succitato minore presso la Clinica San Francesco e/o Centro Diagnostico città di Verona per la visita/prestazione in oggetto

(ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE)

Data _____

Firma leggibile del delegante

Firma leggibile del delegato
