



DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL MINORE

Il/La sottoscritto/a Nato a (.....)
il C.F.
Residente in Via n

Il/La sottoscritto/a Nato a (.....)
il C.F.
Residente in Via n

e in qualità di

soggetti esercenti potestà genitoriale del minore
Nato a (.....) il C.F.
Residente in Via N°

DELEGANO

Nome.....
Nato a (.....) il C.F.
Residente in Via N°

al ritiro della seguente documentazione:
(specificare la documentazione richiesta)

.....
.....

Data e luogo

Firma dei deleganti

N.B: Si allegano alla presente copie dei documenti di identità dei deleganti.