



DELEGA VISITE MINORE

Io Sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

(allegare fotocopia documento d'identità valido) ed

Io Sottoscritta _____ Nata a _____ il _____

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

Genitori / tutore del minore _____ Nato/a _____ il _____

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

Deleghiamo / delego il Sig. / la Sig.ra _____ Nato/a _____ il _____

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

Ad accompagnare nostro/a figlio/a per effettuare le seguenti visite specialistiche:

Nella sede del Poliambulatorio:

La persona delegata è in grado di comunicare notizie in merito allo stato di salute di nostro/a figlio/a, è in grado di ricevere informazioni in merito alla visita che riceverà nostro/a figlio/a e firmerà in nostra vece autorizzando il poliambulatorio all'erogazione delle suddette prestazioni.

Data _____

FIRMA DEI GENITORI / TUTORE