

IO SOTTOSCRITTO/A
NATO/A
PROV./STATO ESTERO
IL
RESIDENTE IN CAP
CITTA' PROV.....

NELLA MIA QUALITA' DI ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE SUL MINORE

NOME.....
COGNOME.....
NATO/A
PROV./STATO ESTERO
IL
RESIDENTE IN CAP
CITTA' PROV.....

DICHIARO, SOTTO LA MIA PIENA CONOSCENZA E RESPONSABILITA', DI AUTORIZZARE L'EFFETTUAZIONE IN DATA, PRESSO CODESTA STRUTTURA, DI VISITA MEDICA (COMPRESIVA DI EVENTUALI PRELIEVI DI CAMPIONI BIOLOGICI ED ESAMI DI ROUTINE) DA PARTE DEL DOTT.....

.....
ALLEGO COPIA SOTTOSCRITTA DEL MIO DOCUMENTO DI IDENTITA'.
AUTORIZZO SIN D'ORA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DEL D.LGS 196/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.

DATA LUOGO FIRMA.....

[DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA A TERZI].

NON POTENDO ESSERE PRESENTE ALLA VISITA, DELEGO AD ACCOMPAGNARE ED ASSISTERE IL MINORE SOPRA INDICATO IL SIG. / LA SIG.RA (ALLEGATA COPIA SUA CARTA D'IDENTITA')

NOME.....
COGNOME.....
NATO/A
PROV./STATO ESTERO
IL
RESIDENTE IN CAP
CITTA' PROV.....

DATA LUOGO FIRMA.....