

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 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO.

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.....