



**MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE  
ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE**

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ documento di identità n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ di cui allega copia fotostatica;

La sottoscritta (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ documento di identità

n°: \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ di  
cui allega copia fotostatica,

in qualità di genitori  genitore unico di  (nome e cognome)  
\_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**DELEGA/DELEGANO**

Il/la

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ documento di identità  
n° \_\_\_\_\_ rilasciato

da \_\_\_\_\_ all'accompagnamento del/la minore  
sopra identificato/a presso (indicare Struttura) \_\_\_\_\_ per  
l'effettuazione della/e prestazione/i sanitaria/e di  
\_\_\_\_\_ da svolgersi in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alle ore  
\_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del/i genitore/i \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_