

MODULO DI DELEGA
ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE SU MINORE

GENITORE 1 (che non sarà presente durante il ricovero)

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____
il ____/____/____ e residente a _____ Prov. _____
in via _____ recapito telefonico _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____ di
cui allega copia fotostatica,

in qualità di Genitore di

Nome e cognome del minore _____ nato/a a _____
il ____/____/____

DELEGA

GENITORE 2 (che sarà presente)

il/la Sig./Sig.ra il (nome e cognome) _____ nato/a _____
il ____/____/____ e residente a _____ Prov. _____
in via _____ recapito telefonico _____
documento di identità n° _____ rilasciato da _____

in qualità di Genitore 2

all'accompagnamento e a prestare il consenso del/la minore sopra identificato per l'effettuazione della
seguente prestazione sanitaria (intervento chirurgico con anestesia correlata)

Luogo e data,

Firma del **Genitore 1**

ⁱ La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e da documento identificativo del delegato.