



# delega accompagnamento minore per prestazioni sanitarie

Il sottoscritto, titolare di potestà genitoriale, Sig./a .....

nato/a il ..... a .....

residente a ..... in via/piazza ..... n. ....

Documento di identità n. .... rilasciato da .....

di cui allega copia fotostatica, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, in qualità di:

madre padre genitore affidatario tutore

Esercente la patria potestà del/la Minore: .....

nato/a il ..... a .....

## DELEGA E AUTORIZZA

i membri dello staff dell'associazione Sapere Insieme ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per ricorrere ad eventuali cure ospedaliere in caso di necessità, a giudizio del medico responsabile dell'associazione.

Luogo e data

.....

Firma del titolare di potestà genitoriale

.....