

Policlinico Triestino S.p.A.	MODULO
	DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto titolare di potestà genitoriale

Sig./a

Nato/a il a

Residente a

in Via/Piazza n°

Carta di identità n.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazione mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in maniera (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

padre **madre** **genitore affidatario** **tutore**

Esercente la patria potestà del/la Minore:

nato/a a il

DELEGA E AUTORIZZA

Sono escluse le prestazione invasive e che prevedono il consenso specifico

Il/la Sig./Sig.ra

Nato/a il a

Residente a in Via /Piazza n°

Carta identità n.

Ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:

.....

Documento esibito dal delegato:

Trieste (data) Firma

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e una fotocopia di un documento valido del delegante titolare della potestà genitoriale.
--