

A.S.S.T. Ovest Milanese	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
___/___/_____ e residente a Prov.in
..... recapito telefonico documento di identità n°
..... rilasciato da

all'accompagnamento del/la minore sopra identificato/a presso l'ospedale diper
l'effettuazione della/e prestazione/i ambulatoriale/i dida
svolgersi in data ___/___/_____ alle ore

Luogo e data,

Firma del/i genitore/i

Firma del delegato

(*) da barrare in caso di: 1) unico rappresentante legale del minore; 2) impedimento alla delega dell'altro genitore che è stato informato ed esprime il proprio accordo

➤ **La delega deve essere accompagnata da originale oppure da fotocopia del documento di identità dei deleganti e da documento identificativo del delegato**

➤ **I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal DLGS n.196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni**