

DELEGA

Io Sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

genitore/tutore legale di _____

delego

il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ a presenziare alla visita e/o esecuzione di esami strumentali/terapie del minore presso il poliambulatorio; ad informarsi e a consentire l'effettuazione del protocollo medico e/o riabilitativo; a firmare il consenso al trattamento dei dati personali.

Sono consapevole che il Medico potrebbe richiedere la mia presenza in un secondo tempo.

Allego: la fotocopia del mio documento d'identità e il questionario di anamnesi compilato e firmato dal genitore.

Data ____ / ____ / ____

In fede

Firma del Genitore delegante