



DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE ALLA EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)
nato/a ail/...../..... tel.....
documento di identità n°rilasciato da di cui allega fotocopia.

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)
nato/a ail/...../..... tel.....
documento di identità n°rilasciato da di cui allega fotocopia.

in qualità di

- genitori
 genitore unico (*)

di (nome e cognome)nato/a a il/...../.....

DELEGA/DELEGANO

il/la Sig./Sig.ra nato/a il/...../.....
tel documento di identità n° rilasciato da
all'accompagnamento del/la minore per l'effettuazione della/e prestazione/i sanitaria/e presso il Laboratorio
Centrale della Croce Rossa Italiana da svolgersi in data/...../.....

Luogo e data,

Firma del/i genitore/i

Firma del delegato

(*) da barrare in caso di unico rappresentante legale del minore.

La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità dei deleganti e da documento d'identità del delegato. I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.LGS n.196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.