



MODULO DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO MINORENNI

Il/La sottoscritto/a
nato/a a (.....) il
residente a (.....)
in via/piazza n. ,

carta d'identità n. , rilasciata da
il ,
recapito telefonico , in qualità di genitore del minore
(nome e cognome) , nato/a a
(.....) il

DELEGA

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a (.....) il
residente a (.....)
in via/piazza n. ,

carta d'identità n. , rilasciata da
il

ad accompagnare, in data , il minore sopra identificato alla visita
specialistica con il/la Dott./Dott.ssa

Luogo e data

Firma del delegante

.....

Si allegano:

1. copia del documento di riconoscimento del genitore / tutore legale;
2. copia del documento di riconoscimento della persona delegata.