

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
rec. telefonico fisso \_\_\_\_\_ rec. telefonico mobile \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (es. genitore, tutore, curatore) di  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante:

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle indagini mediche a cui verrà sottoposto il citato minore/incapace al cui esercizio sono favorevole e consenziente, essendo assolutamente impossibilitato ad accompagnare il minore/incapace e pienamente responsabile di quest'ultima affermazione

### DELEGA

Il/La signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

ad accompagnare il minore/l'incapace sopra identificato, per l'esecuzione in favore di quest'ultimo delle seguenti prestazioni sanitarie di cui necessita:

\_\_\_\_\_

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato:

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**FIRMA DEL DELEGANTE**

\_\_\_\_\_

**Esibire copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante e del delegato**

#### **Nota:**

Ove lo ritenga necessario, il medico può contattare il genitore/tutore/curatore del minore/incapace, ovvero chi ne esercita legalmente la rappresentanza e/o richiederne la convocazione.