

DELEGA RITIRO REFERTI DI PERSONA MINORENNE

1. Il/la sottoscritto/a.....

Carta d'identità n°Tel.

2. Il/la sottoscritto/a

Carta d'identità n°Tel.

Genitori del **Minore** Nato/a il a.....

DELEGANO

Il/La Sig./ra

Nato/a il Carta d'identità n°

In qualità dia ritirare il referto

Della seguente prestazione sanitaria..... presso l'**istituto**

.....con sede a Via/Passo

ATTENZIONE

Portare in visione copia di un documento d'identità valido dei deleganti (cioè di coloro che firmano la delega).

Colui che ritira la documentazione sanitaria (il delegato) deve essere persona maggiorenne e deve esibire un proprio documento di identità.

Luogo e data,

Firma **Delegato**

.....

Firma **Genitore**

(o di chi ne esercita la patria potestà / Tutore)

.....

Firma **Genitore**

(o di chi ne esercita la patria potestà / Tutore)

.....