

## 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