

DELEGA VISITE MINORI NON ACCOMPAGNATI

Io Sottoscritta/o, nata/o a.....
il.....,

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

e

Io Sottoscritta/o, nata/o a.....
il.....,

(allegare fotocopia del documento d'identità valido)

GENITORI / TUTORE DEL MINORE

(Cognome e Nome del minore)..... ,

nato/a a....., il..... ,

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

DELEGHIAMO / DELEGO

il Sig./la Sig.ra....., nata/o a.....

il....., *(allegare fotocopia documento d'identità valido)*

ad accompagnare nostro/a figlio/a per effettuare le seguenti visite specialistiche

.....
nella sede del Centro Medico Polispecialistico Solivo.

La persona delegata è *in grado di comunicare* notizie in merito allo stato di salute di nostro/a figlio/a, è *in grado di ricevere* informazioni in merito alla visita che riceverà nostro/a figlio/a e *firmerà in nostra vece* autorizzando il Centro Medico Solivo all'erogazione delle suddette prestazioni.

Data.....

Firma dei genitori / tutore.....

.....