

MODULO DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE PER PRESTAZIONI SANITARIE ED EVENTUALE RITIRO REFERTO

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

carta di identità n. ……………………………….., rilasciata da , recapito

telefonico , in qualità di genitore del minore

(nome e cognome) , nato/a a

…………………… (prov….. ), il …………….

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra ………………………………………………..………………………………………

nato/a…………………….. (prov…..), il ……………………………., residente a………………..

(prov…….), in via/piazza……………….., n° …………………………….

carta di identità n. …………………………………………., rilasciata da…………………….

ad accompagnare/ritiro, il minore sopra identificato per effettuare una le seguenti prestazioni sanitarie svolte presso la Farmacia Comunale di Magenta n. 2 di via Boccaccio 19 :

* **FORATURA DELL’ORECCHIO**
* **PRELIEVO SANGUE CAPILLARE**
* **SCREENING**
* **TELEMEDICINA**

Luogo e data …………………………………

Firma del delegante

Si allegano:

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