DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA VISITA MEDICA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (___) codice fiscale _____

documento d'identità _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

in qualità di genitore esercente la potestà congiunta sul minore sotto indicato

DELEGA

Il Sig/la sig.ra _____ nato/a il _____

a _____ (___) codice fiscale _____

residente a _____ (___) via/piazza _____

documento d'identità _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

ad accompagnare mio/a figlio/a _____

alla visita dal Dottor Roberto Mancini.

Data _____ Il delegante * _____

---

* Allegare la fotocopia del documento d'identità del delegante

---