salusservice
— Salute e Benessere —

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE PER ACCERTAMENTI DI LABORATORIO ANALISI

Luogo e data _____

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a il _____ a _____
Codice Fiscale _____

Genitore del minore _____
Nato/a il _____ a _____
Codice Fiscale _____

Essendo impossibilitato/a a recarsi presso la Struttura Sanitaria Salus Service S.r.l, sita in Via Tricesimo 250/F -Udine

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____
Nato/a il _____ a _____
Codice Fiscale _____

Ad accompagnare il suddetto minore ad effettuare gli accertamenti di laboratorio analisi e rappresentarmi nei necessari adempimenti burocratici, autorizzandolo alla comunicazione dei dati personali del minore.

Firma del/dei genitore/i **Firma del delegato**

_____ _____

N.B. allegare documento d'identità del delegante e delegato