
**Ritiro della documentazione sanitaria del minore
da parte dell'esercente potestà genitoriale**

Il/La sottoscritto/a Nato a (.....)
il C.F.
Residente in Via n

in qualità di

soggetto esercente potestà genitoriale del minore
Nato a (.....) il C.F.
..... Residente in Via
..... n

dichiarando

di essere in possesso anche del consenso dell'altro genitore

richiede la consegna della seguente documentazione:

(specificare la documentazione richiesta)

.....
.....

Data e luogo

Firma dell'esercente potestà genitoriale

N.B: Si allega alla presente copia del documento di identità dell'esercente la potestà genitoriale e del minore (ove a quest'ultimo rilasciato).