
DELEGA VISITE

Io Sottoscritto , nato
a..... il..... ,
(allegare fotocopia documento d'identità valido)

e

Io Sottoscritta , nato a.....
il..... , (allegare fotocopia documento
d'identità valido)

GENITORI / TUTORE DEL MINORE

..... , nato/a
a.....
il..... , (allegare fotocopia documento d'identità
valido)

DELEGHIAMO / DELEGO

il Sig./la Sig.ra , nato/a
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 Santagostino
di.....

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 Santagostino all'erogazione delle suddette prestazioni.

Data.....

Firma dei genitori / tutore

.....

.....