

Attenzione: sono escluse dalla possibilità di delega le prestazioni su minori per

- vaccinazioni
- valutazioni psicologiche e neuropsichiatriche
- prestazioni che prevedono il consenso informato specifico

*Si prega di scrivere in stampatello*

Il sottoscritto Sig./a .....

Nato/a il ..... a.....

Residente a ..... CAP .....

in Via/Piazza ..... N° .....

Carta di Identità n. ....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

**DICHIARA**  
**(ai sensi del D.P.R 445/2000)**

di essere: *(barrare l'opzione )*

padre;

madre;

tutore/esercente la potestà genitoriale

del/la MINORE: .....

nato/a a ..... il .....

**E DELEGA E AUTORIZZA**

Il Sig./a .....

Nato/a il ..... a.....

Residente a ..... CAP .....

in Via/Piazza ..... N° .....

Carta di Identità n. ....

ad accompagnare in Sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della seguente prestazione sanitaria ambulatoriale che non prevede consenso informato specifico:

.....

**IMPORTANTE: per poter procedere con esecuzione prestazione, il giorno dell'esame la persona delegata deve presentarsi con il presente modulo firmato, la fotocopia di un documento valido del delegante e un proprio documento di riconoscimento valido.**

Data

Il dichiarante

.....

.....