CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

DELEGA di PRESENZA alla VISITA MEDICA A MINORE

Il/La sottoscritto/a:

- Nome e Cognome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Codice Fiscale: _____
- Residente a: _____ Prov: (_____)
- Indirizzo: _____ n.: _____
- Documento di riconoscimento: _____
- Numero documento: _____ Rilasciato da: _____

[ ] esercente la responsabilità genitoriale sul minore [ ] rappresentante legale

del paziente: Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

DELEGO

Il/La Sig./Sig.ra:

- Nome e Cognome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Codice Fiscale: _____
- Documento di riconoscimento: _____
- Numero documento: _____ Rilasciato da: _____

ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio / rappresentato si sottoporrà.

Data .....

Firma .....

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA:

1 Allegare fotocopia di documento di identità valido dell'esercente la patria potestà o del rappresentante legale.
2 Esibire tutta la modulistica di consenso informato regolarmente compilata e firmata
3 Esibire tutta la documentazione sanitaria di pertinenza della prestazione sanitaria programmata