

DELEGA PER VISITE SPECIALISTICHE E PRESTAZIONI SANITARIE

per minori non accompagnati da genitori/tutore

Io Sottoscritto _____, nato a _____ (____)
il ____/____/____, e la Sottoscritta _____, nata
a _____ (____) il ____/____/____, (allegare fotocopia documento d'identità valido di
entrambi i genitori) [] GENITORI [] TUTORE DEL MINORE _____,
nato/a a _____ (____) il ____/____/____, (allegare fotocopia documento d'identità valido
del minore)

DELEGHIAMO / DELEGO

il Sig./la Sig.ra _____, nato a _____ (____)
il ____/____/____, (allegare fotocopia documento d'identità valido) ad accompagnare nostro/a figlio/a
per effettuare le seguenti visite specialistiche e/o prestazioni sanitarie:
_____ presso il Centro
Italiano Postura di Via Vitruvio, 38 a Milano (Mi).

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 Italiano Postura all'erogazione delle suddette prestazioni.

Data ____/____/____

Firma dei genitori / tutore

Genitore 1 o Tutore – firma leggibile

Genitore 2 – firma leggibile