

MODULO DI DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ____/____/____, residente a _____, in Via _____

N° telefonico a cui il sottoscritto può essere contattato al momento della visita per eventuali necessità: _____

DICHIARA**di essere ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE in qualità di:**

- padre
- madre
- genitore affidatario
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

del/la MINORE _____
(cognome) (nome)

nato a _____ () il _____

DELEGA

(in accordo con l'altro genitore, dal sottoscritto consultato)

Il/La Sig./ra _____ nato/a _____

Il _____, residente in _____, Via _____ n. _____

Ad accompagnare il succitato minore presso la Clinica San Francesco e/o Centro Diagnostico città di Verona per la visita/prestazione in oggetto

(ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE)

Data _____

Firma leggibile del delegante

Firma leggibile del delegato

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA**CLINICA SAN FRANCESCO S.r.l. – CASA DI CURA PRIVATA - Accreditata S.S.N**

Clinica San Francesco: Via Monte Ortigara, 21/B – 37127 Verona (sede legale) | Via Santini, 8 – 37124 Verona

Centro Diagnostico: Corso Venezia, 123 – 37131 Verona

Tel 045 9009090 | info@clinicasanfrancesco.it | clinicasanfrancesco.it

Iscritta al registro Imprese di Verona n. 00420560237 | Cap. Soc. € 5.232.425,00 i.v. | C.F 00420560237 P. IVA 03831150366

Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di GHC S.p.A.