

DELEGA PER IL PAZIENTE MINORENNE

PER VISITA / PRESTAZIONE AMBULATORIALE TERRITORIALE presso

POLIAMBULATORIO di VICENZA POLIAMBULATORIO di SANDRIGO

I Sottoscritti **GENITORI** Sig.ri *Nome e Cognome* _____

MADRE nata _____ Prov. (_____) il _____

PADRE nato _____ Prov. (_____) il _____

Del/della MINORE *Nome e Cognome* _____ nato/a a _____ il _____

Copie dei documenti di identificazione di entrambi - in corso di validità (da allegare in copia)

_____ n° _____
 _____ n° _____

CONSAPEVOLI

ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt71 e 72 DPR 445/2000) autorizzano l'AILSS 8 al trattamento dei propri dati personali anche con strumenti informatici, per le finalità per le quali sono state acquisite ai sensi del D. Lgsv 10.08. 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art 13) alle disp.ni del Regolamento (UE) 2016/679 e

DELEGANO

Il/La Sig/Sig.ra_ *Nome e Cognome* _____
 esibire documento di identità valido

Qualificato come PARENTE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO AMICO ALTRO _____

- ad accompagnare all'interno dell'Ambulatorio il minore
 ad assolvere alle procedure amministrative correlate (ad esempio al pagamento della prestazione...)
 a ritirare la Documentazione sanitaria

del/della minorenni **NOME COGNOME** e data di nascita

FIRMA leggibile di entrambi i GENITORI DELEGANTI

IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO (TIMBRO E FIRMA DELL'ADDETTO).....

SEDE E DATA _____ / _____ / _____