

**DELEGA PER VISITA
MEDICA/ACCERTAMENTI A MINORENNE**

Il/La sottoscritto/a* _____
nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____
città _____ Prov. (_____) _____
genitore/tutore del minore _____

DELEGA

Il/signor/a/ _____
nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____
città _____ Prov. (_____),

ad accompagnare il proprio figlio/a durante l'esecuzione della visita medica programmata per il giorno _____
e ad espletare tutte le pratiche collegate.

Data _____._____._____

Firma leggibile del delegante

***Allegare fotocopia del documento di identità valido del/della delegante.**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati-REG UE 2016 / 679, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data:

Il/La Dichiarante (firma per esteso e leggibile)

.....

.....