

## DELEGA

Il sottoscritto /a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ esercente la potestà genitoriale sul  
minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

## DELEGA

il Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_ ad accompagnare alla visita  
medica/fisioterapia il minore, sotto la mia personale responsabilità.

Eventuale documentazione rilasciata dal medico e dal centro verrà consegnata  
all'accompagnatore.

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' ,IN CORSO DI VALIDITÀ ,DEL DELEGATO E  
DEL DELEGANTE .

Data,

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELEGANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELEGATO

FIRMA E TIMBRO STRUTTURA