

**DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESENZA SANITARIA**  
**Il sottoscritto titolare podestà genitoriale**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Carta d'identità n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76. D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

padre       madre       genitore affidatario esercente la potestà genitoriale       tutore

Del/della **MINORE** \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA E AUTORIZZA**  
**(SONO ESCLUSE DA DELEGA: prestazioni che necessitano di consenso specifico)**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Carta d'identità n° \_\_\_\_\_

Ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria:

Documento esibito dal delegato .....

Santa Maria di Sala, lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

LA PERSONA DELEGATA DEVE PRESENTARSI CON UN PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO DEL DELEGANTE TITOLARE DELLA POTESTA' GENITORIALE

**Poliambulatorio Salese srl**

Tel. 041 8628298  
www.poliambulatoriosalese.it  
info@poliambulatoriosalese.it  
P. Iva 04613980277

**Direttore Sanitario**

**Dott. Schiavon Davide**  
Spec. in Ortopedia e  
Traumatologia

**Dove Siamo**

Via Cavin di Sala, 30  
Santa Maria di Sala  
(Venezia) – 30036