

MODULO DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO MINORENNI

Il/La Sottoscritto/a

Nome e cognome.....

Codice Fiscale.....

Nato/a a Il / /

Residente a..... Via.....

Documento d'identità nr

Rilasciato da..... In data / /

avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, **IN QUALITÀ DI** (barrare le voci di interesse).

- **GENITORE DEL MINORE CHE ESERCITA LA POTESTÀ' GENITORIALE CONGIUNTAMENTE ALL'ALTRO GENITORE**

Nome e cognome.....

Codice Fiscale.....

Nato/a Il / /

Residente a..... Via.....

- o **INFORMATO E CHE AUTORIZZA A PROCEDERE SUL MINORE**

- **GENITORE DEL MINORE CHE ESERCITA LA POTESTÀ' GENITORIALE DISGIUNTAMENTE DALL'ALTRO GENITORE**

Nome e cognome.....

Codice Fiscale.....

Nato/a Il / /

Residente a.....

Via.....

IN FORZA DEL SEGUENTE PROVVEDIMENTO

.....

Registro/Repertorio.....

Autorità e località In data / /

- **GENITORE UNICO IN QUANTO**

- o Ragazza madre

- ☐ Vedovo/a
- ☐ Unico genitore che ha riconosciuto il minore
- ☐ Altro (specificare).....

• **TERZO AVENTE DIRITTO IN QUALITA' DI**

- ☐ Tutore come da PROVVEDIMENTO

Numero

Registro / Repertorio

Autorità e località In data /..... /.....

- ☐ Altro (specificare)

ESSENDO IL MINORE IVI IDENTIFICATO

Nome e cognome.....

Codice Fiscale.....

Nato/a a Il /..... /.....

Residente a..... Via.....

Documento d'identità nr

Rilasciato da..... In data /..... /.....

DELEGA E AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra nato/a..... (prov.....),

il, residente a..... (prov.....), in via/piazza..... n°

..... carta di identità n., rilasciata da.....

ad accompagnare il minore sopra identificato durante visite o esami (non invasivi) sostenuti presso la struttura San Carlo Istituto Clinico.

Luogo e data

Firma del delegante

Si allegano:

- copia del documento di riconoscimento del/i genitore/i /tutore delegante/i
- copia del documento di riconoscimento della persona delegata