

Delega per il ritiro della documentazione sanitaria del minore

Il/La sottoscritto/a Nato a (.....)

il C.F.

Residente in Via n

E

Il/La sottoscritto/a Nato a (.....)

il C.F.

Residente in Via n

in qualità di

soggetti esercenti potestà genitoriale del minore

Nato a (.....) il C.F.

..... Residente in Via

..... n

DELEGANO

..... Nato a (.....) il

..... C.F. Residente in Via

..... n

al ritiro della seguente documentazione:

(specificare la documentazione richiesta)

.....
.....

Data e luogo

Firma dei deleganti

N.B: Si allegano alla presente copie dei documenti di identità dei deleganti.