

Delega ed autorizzazione all'accesso a prestazioni di diagnostica per immagini per utente minorenni

Da parte de..... sottoscritt.... (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

.....

e

per conto del minore, si dichiara che:

1. è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa ed all'espressione del consenso informato per le prestazioni di diagnostica per immagini previste, unitamente all'eventuale questionario anamnestico;
2. si autorizza e si delega ad accompagnare il minore alle prestazioni di diagnostica per immagini previste e a gestirne la relativa documentazione sanitaria.

....., li

Firma/e:

.....