



Delega ed autorizzazione all'accesso a prestazioni sanitarie per persona minorenni o amministrata

**DA COMPILARSI A CURA DEL/I GENITORE/I CHE NON ACCOMPAGNA/NO IL MINORE O DEL TUTORE LEGALE
corredata da documenti di identità in corso di validità**

La/l..... sottoscritt.... (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

....., in qualità di

e, in qualità di

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 scritto per le prestazioni di Diagnostica per immagini, unitamente all'eventuale questionario anamnestico;

2. si autorizza e si delega il/la sig./ra ad accompagnare il minore ad eseguire le prestazioni di Diagnostica per immagini e a gestirne la relativa documentazione.

IL DELEGATO DOVRÀ PRESENTARSI MUNITO DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ, dovrà essere persona maggiorenne.

....., lì

Firma/e:

.....

.....