



Istituti Clinici
Zucchi

Gruppo San Donato

DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO

MOD. UCZCCIC_4275

- Presidio di Monza
 Presidio di Carate Brianza
 Poliambulatorio di Brugherio

- MINORE SOGGETTO SOTTO TUTELA

Rev. 001 del 18/10/2023

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ il ____/____/____ tel. _____
residente a _____ in via/p.zza _____ n° _____
documento di identità _____ n° _____ rilasciato da _____
di cui allega copia fotostatica,

La sottoscritta

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ il ____/____/____ tel. _____
residente a _____ in via/p.zza _____ n° _____
documento di identità _____ n° _____ rilasciato da _____
di cui allega copia fotostatica,

in qualità di

- Genitori Genitore unico (*) Tutore/Amministratore di sostegno
di

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ il ____/____/____

DELEGA / DELEGANO

il/la Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ il ____/____/____ tel. _____
residente a _____ in via/p.zza _____ n° _____

all'accompagnamento della persona sopra identificata presso gli Istituti Clinici Zucchi
per l'effettuazione della/e seguente/i prestazione/i ambulatoriale/i _____

documento di identità _____ n° _____ rilasciato da _____

il ____/____/____

Firma dei genitori/tutore/amministratore di sostegno

Firma del delegato

(*) da barrare in caso di:

1) unico rappresentante legale del minore; 2) impedimento temporaneo da parte dell'altro genitore a sottoscrivere la delega