

POLIAMBULATORIO	SPAZIO ETICHETTA	 Istituto Clinico Villa Aprica Gruppo San Donato	Codice	M-7522-46/A
			Revisione	REV 01
			Data	01/03/2023

DELEGHE DEI 2 GENITORI DEL PAZIENTE MINORENNE

Compilare e rinviare via mail a prericoveri.icva@grupposandonato.it con i rispettivi documenti.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____

Documento n° _____ (che si allega in fotocopia), in qualità di padre/madre del

Minore _____ nato _____ il _____

Autorizzo il Sig./la Sig.a _____, padre/madre del minore, a prendere le decisioni opportune in merito ai trattamenti sanitari del figlio/a nel miglior interesse dello/a stesso/a

Data e firma

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____

Documento n° _____ (che si allega in fotocopia), in qualità di padre/madre del

Minore _____ nato _____ il _____

Autorizzo il Sig./la Sig.a _____, padre/madre del minore, a prendere le decisioni opportune in merito ai trattamenti sanitari del figlio/a nel miglior interesse dello/a stesso/a

Data e firma
