

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ codice fiscale _____
autorizzo mio figlio _____ nato/a _____
il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ codice fiscale _____
a sottoporsi ad esame diagnostico _____
come da prescrizione medica, e delego il/la Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a
_____ Via/Piazza _____
codice fiscale _____ che accompagnerà il minore in tale occasione, a
sottoscrivere la relativa modulistica (consenso, privacy etc.), e a far quant'altro necessario onde
consentire al minore di eseguire il suddetto esame.

Allego copia documento di identità.

_____, lì _____

In fede
