

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento di Sanità Pubblica

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica

Centro Pubblico di Medicina dello Sport

**MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE DA PARTE DI PERSONA
DIVERSA DA GENITORE O RAPPRESENTANTE LEGALE**

Il / La sottoscritt _____ (cognome) _____

(nome) _____

Padre / Madre / Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno di _____

Nato / a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____

in Via _____ n. _____ Prov. _____ CAP _____

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante, che dovrà essere esibito in fotocopia al personale addetto:

Documento _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

delega per l'accompagnamento del minore e ritiro del certificato

Cognome _____

Nome _____

Residente a _____

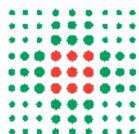
in via _____ n. _____ Prov. _____ CAP _____

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato che dovrà essere esibito al personale addetto:

Documento _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

Firma del Delegante
(leggibile)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola