EUROMEDICA™
Istituto Scientifico
Direttore Sanitario: Dr. Giuseppe Calabrò
Via Lomazzo, 5 20154 Milano - tel. 02 34 51 464 fax 02 34 53 03 16 - mail@euromedicaitalia.com

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA E DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORE

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità (Tipo e N°) _____

Rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, DICHIARA sotto la propria responsabilità di agire in qualità di:

☐ Genitore, con il consenso e in accordo con l'altro genitore (Art. 316 c.c. e L. 219/2017)

☐ Genitore esercente in via esclusiva la responsabilità genitoriale (es. unico genitore, affidamento esclusivo, decadenza altrui)

☐ Tutore (allegare copia del provvedimento di nomina)

del MINORE:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

E DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

☐ L'altro genitore:

Nome e Cognome _____ C.F. _____

EUROMEDICA™
Istituto Scientifico
Direttore Sanitario: Dr. Giuseppe Calabrò
Via Lomazzo, 5 20154 Milano - tel. 02 34 51 464 fax 02 34 53 03 16 - mail@euromedicaitalia.com

☐ Soggetto Terzo (es. nonno, zio, conoscente maggiorenne):

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Documento di identità (Tipo e N°) _____

Rilasciato da _____ il _____

PRIVACY: Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Esonera inoltre la struttura da ogni responsabilità legata alla consegna dei referti al delegato.

Luogo e Data _____ Firma del Dichiarante _____

Allegati obbligatori:
- Fotocopia del documento di identità del Dichiarante
- Fotocopia del documento di identità del Delegato
- (Se Tutore) Copia del provvedimento del Giudice