

Sono escluse dalla possibilità di delega di accompagnamento da parte di terzi tutte quelle prestazioni di straordinaria amministrazione e per cui è richiesto il consenso informato all'atto medico che può essere reso solo da persona che esercita la responsabilità genitoriale o legale sul paziente

Io sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
documento d'identità tipo _____ n. _____ in corso di validità;

- Padre Madre Genitore affidatario
 Tutore Amministratore di sostegno

e

Io sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
documento d'identità tipo _____ n. _____ in corso di validità;

- Padre Madre Genitore affidatario

di _____
nato/a a _____ il _____

- consapevole/i delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del D.P.R. 445/2000
 in caso di pazienti minori, dichiaro/dichiariamo di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317ter, 317quater del Codice Civile, pertanto

DELEGO/DELEGHIAMO ED AUTORIZZO/AUTORIZZIAMO

Il/La Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
documento d'identità tipo _____ n. _____ in corso di validità;

ad accompagnare in mia vece il suindicato paziente presso il centro diagnostico C.D.C. per l'effettuazione della prestazione sanitaria _____
che si terrà il giorno _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

La persona delegata deve presentarsi con:

- **un proprio documento d'identità/riconoscimento valido**
- **una copia del documento d'identità/riconoscimento del/i delegante/i in corso di validità**
- **un documento d'identità/riconoscimento, ove possibile, del paziente accompagnato**