

Da parte de__ sottoscritt__ (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

e _____

per conto della persona minore/fragile _____

si dichiara con la presente che:

1. è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa ed all'espressione del consenso informato per le prestazioni Sanitarie;
2. si autorizza e si delega _____ ad accompagnare la persona minore/fragile agli accertamenti Sanitari e a gestirne la documentazione connessa.

Data, ____/____/_____

Firma/e: _____

Mod. DS/GPU 114 rev. 03 - Febbraio 2025—"Delega prestazioni sanitarie per minorenne o persona fragile"

Da parte de__ sottoscritt__ (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

e _____

per conto della persona minore/fragile _____

si dichiara con la presente che:

1. è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa ed all'espressione del consenso informato per le prestazioni Sanitarie;
2. si autorizza e si delega _____ ad accompagnare la persona minore/fragile agli accertamenti Sanitari e a gestirne la documentazione connessa.

Data, ____/____/_____

Firma/e: _____

Mod. DS/GPU 114 rev. 03 - Febbraio 2025—"Delega prestazioni sanitarie per minorenne o persona fragile"