



Poliambulatorio Medico MEDISOL
DIRETTORE SANITARIO
Dott. Federico Basilico
Medico Chirurgo - Specialista in Oftalmologia
D.I.A. protocollo del 25-06-2015 n° 0050032 Asl MI 1
Via Cavour, 16 - 20020 Solaro MI
Tel.: 02-39521572 Mail: segreteria@ambulatoriomedisol.it

DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORI O PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

(Luogo e data) _____

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ prov./stato estero _____ il _____

Documento di identità n° _____ rilasciato in data _____
da _____

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ prov./stato estero _____ il _____

Documento di identità n° _____ rilasciato in data _____
da _____

In qualità di: genitore / genitori / tutore legale (cerchiare l'opzione corretta)

Di (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ prov./stato estero _____ il _____

DELEGA / DELEGANO

Il Sig./la Sig.ra (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ prov./stato estero _____ il _____

Documento di identità n° _____ rilasciato in data _____
da _____

All'accompagnamento del minore / persona non autosufficiente sopra identificato/a presso l'Ambulatorio Medisol per effettuare la seguente prestazione: _____

in data _____ .

Dichiarano il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguiti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma dei deleganti

Firma del delegato

Si prega di:

- Allegare la fotocopia della carta d'identità dei deleganti
- Esporre la carta d'identità originale del delegato