

**GENTORE 1 ASSENTE**

Il sottoscritto (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
documento di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ di  
cui allega copia fotostatica,

**in qualità di Genitori 1 di**

Nome e cognome del minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DELEGA<sup>i</sup>**

**GENTORE 2 PRESENTE**

il/la Sig./Sig.ra il (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
documento di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**in qualità di Genitore 2**

all'accompagnamento e a prestare il consenso del/la minore sopra identificato per l'effettuazione della  
seguente prestazione sanitaria (*indicare la prestazione/intervento*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso

Humanitas Gavazzeni/Humanitas Castelli

Luogo e data,

Firma del **Genitore 1**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>i</sup> La delega deve essere accompagnata da originale oppure da fotocopia del documento di identità del delegante e da documento identificativo del delegato.