



DELEGA ACCOMPAGNATORI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il _____

Residente a _____, in via _____

n. telefono _____

In qualità di _____ (genitore, tutore, amministratore di sostegno)

del paziente _____

nato a _____, il _____

DICHIARA

Di essere a conoscenza degli esami medici cui verrà sottoposto e di essere impossibilitato ad accompagnarlo,

DELEGA

Il signor/ la signora _____,

nato/a a _____, il _____

residente a _____, in via _____

ad accompagnare il paziente, firmare la documentazione necessaria per l'accettazione, acquisire informazioni dal personale della struttura sulla salute del paziente e ritirare l'esito degli esami.

_____, Li ___/___/___ **FIRMA DELEGANTE** _____

Esibire copia del documento di identità del delegante e del delegato.