

Delega per l'indentificazione dell'Antigene del Virus SARS-Co-V2 Tramite Tampone Rapido Quantitativo

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____
in data _____, residente in _____ via _____
doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____

in qualità di*

- Genitore esercente la potestà genitoriale del minore
- Tutore legale del minore
- Amministratore di sostegno del minore

(nome e cognome) _____, nato/a a _____
in data _____, residente in _____ via _____

Delego

il Sig. / la Sig.ra _____, nato/a a _____
in data _____, residente in _____ via _____
doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____

Ad accompagnare mio figlio/a per l'esecuzione del test.

La persona delegata è in grado di comunicare notizie in merito allo stato di salute di nostro/a figlio/a, è in grado di ricevere informazioni in merito alla prestazione che riceverà nostro/a figlio/a e firmerà in nostra vece autorizzando il Centro Polispecialistico all'erogazione delle suddette prestazioni.

Data e Firma (leggibile)

Allego alla presente copia del documento di identità del delegante