

MODULO DI ASSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE

(Il genitore impossibilitato a recarsi presso il laboratorio può utilizzare il presente modulo al fine di consentire al proprio figlio minore di anni 18 l'effettuazione di prestazioni sanitarie)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

residente in

in qualità di Padre / Madre del minore.....

nato/a a..... il

ACCONSENTE il figlio minore all'effettuazione della seguente prestazione sanitaria:

.....

Firma

***ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ (DEL GENITORE O TUTORE LEGALE DEL MINORE) IN CORSO DI VALIDITÀ OPPURE UNA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ**

