

**Ritiro copia documentazione clinica di minore****a) DELEGA DI GENITORE ASSENTE**

Il/la sottoscritto/a _____ C.I. _____

acconsento che _____ in qualità di _____

ritiri la Cartella Clinica di mio figlio minore _____

Firma _____

b) AUTOCERTIFICAZIONE DI GENITORE UNICO

Il/la sottoscritto/a _____ C.I. _____

genitore UNICO / TUTORE / CURATORE (sottolineare la situazione che interessa) ritiro la Cartella

Clinica di mio figlio minore _____

Firma _____

c) DELEGA DI GENITORI A TERZI

Noi sottoscritti _____ C.I. _____

_____ C.I. _____

(minore _____) deleghiamo

il/lag.ra _____ C.I. _____

al ritiro della Cartella Clinica di nostro figlio minore _____

Firma _____

d) DELEGA DEL TUTORE A TERZI

Il/la sottoscritto/a _____ C.I. _____

genitore UNICO / TUTORE / CURATORE (sottolineare la situazione che interessa) delego il/la

Sig./Sig.ra _____ C.I. _____

alla ritiro della Cartella Clinica di mio figlio minore _____

Firma _____

**SI ALLEGANO FOTOCOPIE DEI DOCUMENTI D'IDENTITA' DEI DELEGANTI
E DEI DELEGATI**