

UOS Tsmree Palestrina

DELEGA DEL GENITORE ASSENTE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ Cap. _____

Città _____ Prov. _____

**Dichiara di essere genitore del minore e impossibilitato/a firmare il consenso al
trattamento dei dati personali di mio figlio _____**

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

via _____ Cap. _____

città _____ Prov. _____

alla firma per proprio nome di tutta la documentazione necessaria, inerente e
connessa per la presa in carico presso il Tsmree di Palestrina.

Luogo e data

Firma del delegante

Allegare copia del documento di riconoscimento del delegante e del delegato

Azienda Sanitaria locale Roma 5 Via Acquaregna, 15

00019 Tivoli Rm