**MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI UN MINORE**

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____,

documento d'identità n. _____, rilasciato da _____

in data_____

In qualità di:

☐ Padre ☐ Madre ☐ Genitore affidatario ☐ Tutore

Esercente la patria potestà del/la Minore

_____

Nato/a a_____ il_____

**DELEGA e AUTORIZZA**

Il sig./sig.ra _____, nato/a il _____ a _____,

documento d'identità n. _____, rilasciato da _____ in data

_____

☐ ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria

☐ a ricevere comunicazioni attinenti la prestazione

☐ a ricevere comunicazioni attinenti lo stato di salute del paziente

La presente delega è valida per **tutte le prestazioni sanitarie effettuate presso il Poliambulatorio Bios Center srl**, salvo le prestazioni o gli atti per i quali la normativa vigente, la tipologia della prestazione o le procedure della struttura richiedano espressamente la presenza o il consenso del genitore/tutore.

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali e sulle prestazioni sanitarie resa dalla struttura ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e, ove applicabile, dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Dichiaro altresì che i dati riportati nella presente delega sono veritieri e che sono esercente la responsabilità genitoriale/tutela sul/la minore sopra indicato/a.

**Allegare copia del documento d'identità del soggetto delegante e del soggetto delegato.**

Data: _____ Firma: _____