**DELEGA**

IO SOTTOSCRITTO/A………………………………………………………………

GENITORE DI……………………………………………………………………….

**DELEGO**:

IL SIGNOR **TATRIELE CIRO**

O

LA SIG.RA **PRENCIPE LAURA**

PER MIO CONTO A FAR EFFETTUARE A MIO/A FIGLIO/A:

ESAMI DIAGNOSTICI CHE SI RITERRANNO NECESSARI NEL CASO DI

UNA PRESTAZIONE SANITARIA DI URGENZA.

**DATA**

**15/07/2017 FIRMA**

**SI ALLEGA FOTOCOPIA DELLA CARTA D’IDENTITA’**