



**MODULO PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI PERSONE INTERDETTE**

**IN CASO SIA PRESENTE IL TUTORE LEGALE**

Il/la sottoscritto/a .....  
 Nato/a il .....a .....  
 Residente a ..... CAP .....  
 In Via/Piazza ..... N° .....  
 Carta di Identità n. ...., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000)  
**DICHIARA** di essere esercente la responsabilità in qualità di:  tutore legale

in relazione al/alla MINORE :  
 nome e cognome ..... nato/a a ..... il .....  
 oppure  
 in relazione al soggetto INTERDETTO :  
 nome e cognome ..... nato/a a ..... il .....

**(Luogo), (data) ..... Tutore legale (nome e cognome) ..... Firma .....**

**DELEGA**

**DA UTILIZZARE IN CASO SIA PRESENTE UN ACCOMPAGNATORE NON ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ DI TUTORE LEGALE**

I sottoscritti, come sopra identificati ed esercenti la responsabilità genitoriale, DELEGANO la persona sotto indicata :  
 ad accompagnare il/la minore, per l'esecuzione in favore di quest'ultimo/a delle prestazioni sanitarie indicate in prenotazione o impegnativa  
 ad espletare per proprio conto le pratiche amministrative di attestazione di esecuzione delle prestazioni sanitarie effettuate  
 Dati della persona delegata :  
 Nome e cognome ..... Nato/a il .....a .....  
 Residente a ..... CAP ..... via e civico .....  
 Carta di Identità n. .... rilasciata da .....  
 Il delegato acconsente a mostrare la propria carta di identità ai fini della conferma della validità della delega.

**(Luogo), (data) .....Tutore Legale (nome e cognome) ..... Firma .....**

**Si allega copia della carta di identità del delegante**