

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento di Sanità Pubblica

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica

Centro Pubblico di Medicina dello Sport

**MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE DA PARTE DI PERSONA  
DIVERSA DA GENITORE O RAPPRESENTANTE LEGALE**

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_

Padre / Madre / Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

Nato / a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante, che dovrà essere esibito in fotocopia al personale addetto:

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**delega per l'accompagnamento del minore e ritiro del certificato**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

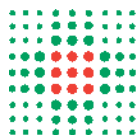
Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato che dovrà essere esibito al personale addetto:

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma del Delegante  
(leggibile)

\_\_\_\_\_



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola