



“Piano di Sorveglianza Sanitaria Sulla Popolazione Esposta alle Sostanze Perfluoroalchiliche”

DELEGA PER I MINORI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

In qualità di: Padre ___ Madre ___

del minore (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

DELEGA in nome e per conto di entrambi i genitori

il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Doc. Identità n. _____ rilasciato da _____

ad accompagnare il proprio figlio per effettuare le prestazioni sanitarie previste nell'ambito del “*Piano di Sorveglianza Sanitaria sulla Popolazione Esposta a Sostanze Perfluoroalchiliche (PFAS)*”.

Luogo e data _____

Firma del delegante

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.