

## DELEGA PER IL CAMBIO MEDICO DEI MINORI C/O FARMACIE

Io sottoscritto/a (nome e cognome del genitore che non può essere presente al cambio medico) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ recapito Telefonico \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n.q. di Padre / Madre di \_\_\_\_\_ (nome e cognome minore), nato/a a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;**

- Impossibilitato ad essere presente in farmacia per il cambio medico, **esprimo il mio consenso al cambio medico** per mio/a figlio/a \_\_\_\_\_ nella persona del Dott. /Dott.ssa \_\_\_\_\_ e al trattamento dei dati personali come previsto ex lege e

### DELEGO

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (nome e cognome) Padre/Madre del minore \_\_\_\_\_ documento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a rappresentarmi presso la Farmacia \_\_\_\_\_ per il cambio medico di nostro /a FIGLIO/A minore \_\_\_\_\_ (nome e cognome) in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

- Con la presente delega, **esonero da qualunque responsabilità** derivante dal predetto cambio medico la farmacia operante \_\_\_\_\_ e l'ASP di Messina rilasciando ampia liberatoria.

- Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante.

Luogo e data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del delegante

\_\_\_\_\_