

ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE PER TEST ANTIGENICO RAPIDO E RITIRO ESITO - DELEGA

Il sottoscritto nato a il
e residente in Via C.F.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

di essere il genitore;

di essere tutore;

del minore (nome).....(cognome).....nato a
.....il..... e che l'altro genitore

(nome).....(cognome).....non sottoscrive il presente modulo in quanto:

è informato e consenziente;

non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice

altro (es.: interdizione etc..)

e pertanto nella sua qualità sopra indicata

DELEGA

Il signor / la signora, maggiorenne, i cui dati sono riportati di seguito:

cognome.....nome.....nato a.....prov.....il
..... doc. identità n.rilasciato da.....il.....

- ad accompagnare, in data..... il minore.....presso
PUNTO SALUTE, Via Boccaccio 17, Magenta, per effettuare il test antigenico rapido
(tampono faringeo o naso-faringeo) Covid-19 nonché;
- al ritiro dell'esito del test antigenico rapido per SARS CoV-2.

Si allega fotocopia documento d'identità valido del delegante e del delegato.

Data

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE

AVVERTENZE Si fa presente che, ai sensi delle leggi vigenti, al ritiro non può essere delegata persona minore di anni 18. Il delegato

deve esibire un proprio documento di identità.

Informativa sulla privacy: Il sottoscritto preso atto di quanto disposto dal Regolamento comunale attuativo del Regolamento UE 2016/679 in materia

di protezione dei dati personali, enti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, con

la sottoscrizione della presente, esprime liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati in Vostro possesso esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, _____ Firma per accettazione _____