

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI SANITARI

Io sottoscritto , nato il _____ a _____,

padre / madre di _____

nato/a il _____ a _____

attualmente residenti a

in qualità di legale rappresentante del suddetto minore,

dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali (scheda medica e relativi dati allegati) di mio figlio/a .

data _____

FIRMA _____

Si chiede di allegare:

- carta di identità di padre, madre e figlio
- tessera sanitaria del minore