



DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
UOC Laboratorio Analisi e UOSD Microbiologia Sede Legnago
Direttore Dott.ssa Antonella Bassi
Tel. 0442 622264
segreteria@aulss9.veneto.it

PUNTI PRELIEVO

MODULO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Il/la sottoscritto/anato/a il
.....aresidente a
.....CAP.....
in via/piazza.....n°.....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 79 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA DI ESSERE

- genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
- affidatario del minore
- tutore del minore
- altro (minore emancipato) _____

del/la MINOREnato/a ail.....

AUTORIZZA

all'esecuzione del prelievo venoso

Luogo e data

Firma

NB: allegare fotocopia del documento di riconoscimento del firmatario

DELEGA

il/la Sig./ra.nato/a il.....a.....residente
a.....in via/piazza.....n°.....
tipo documento di riconoscimento.....n.del.....
ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria.

Luogo e data

Firma del delegante
