

MODULO ACCESSO DEGLI ADULTI INCAPACI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Il presente modulo, in originale, deve essere allegato alla documentazione clinica e conservato con la stessa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

Documento Identità (specificare) _____ N. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA**di essere RAPPRESENTANTE LEGALE in qualità di:**

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

del/la **Sig./Sig.ra** _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____

Verona _____
(data)

_____ (Firma)

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA

CLINICA SAN FRANCESCO S.r.l. – CASA DI CURA PRIVATA - Accreditata S.S.N

Clinica San Francesco: Via Monte Ortigara, 21/B – 37127 Verona (sede legale) | Via Santini, 8 – 37124 Verona

Centro Diagnostico: Corso Venezia, 123 – 37131 Verona

Tel 045 9009090 | info@clinicasanfrancesco.it | clinicasanfrancesco.it

Iscritta al registro Imprese di Verona n. 00420560237 | Cap. Soc. € 5.232.425,00 i.v. | C.F 00420560237 P. IVA 03831150366

Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di GHC S.p.A.

DELEGA

IN QUALITA' DI RAPPRESENTANTE LEGALE

Il/La Sig./ra _____ nato/a _____

Il _____, residente in _____, Via _____ n. _____

Ad accompagnare l'adulto incapace presso la Clinica San Francesco e/o Centro Diagnostico città di Verona per la visita/prestazione in oggetto

(ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE)

Data _____

Firma leggibile del delegante

Firma leggibile del delegato

N.B Da compilarsi solo in caso di necessità

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA