



Io sottoscritt* (nome e cognome) _____
nat* _____ (provincia ____), il _____
residente a _____ (provincia ____), in via / piazza
_____ n. _____, Carta d'identità n. _____,
rilasciata da _____,
recapito telefonico _____,

in qualità di genitore / legale tutore del minore (nome e cognome)

_____ nat* _____ (provincia ____), il _____.

DELEGA

(nome e cognome del delegato) _____
nato/a _____ (provincia ____), il _____
residente a _____,
in via / piazza _____ n. _____,
carta d'identità n. _____, rilasciata da _____

ad accompagnare, in data _____, il minore sopra identificato presso il centro medico Amicodentista – Amicomeditico di Caronno Pertusella per prestazioni mediche / odontoiatriche.

Luogo _____
Data _____

Firma del delegante

Si allegano:

1. Copia del documento di riconoscimento del genitore / tutore delegante;
2. Copia del documento di riconoscimento della persona delegata.

Amicodentista S.r.l.

Sede operativa e legale: via Lura n. 37
21042 Caronno Pertusella VA
p.iva/cf 03022690121
Reg. imprese di Varese n. 314113
Cap. Soc. € 10.000,00 i.v.

Tel: 02 965 72 72
Odontoiatria: 0296451075
Dalla Svizzera: 0912280189
Segreteria@amicodentista.com
www.amicomeditico.amicodentista.com

Direttore sanitario
dottor Maurizio Pedone
iscritto all'ordine dei Medici di Varese
Albo degli Odontoiatri n. 00929
Albo dei Medici n. 04566