

MODULO RICHIESTA PRIMA VISITA - MINORI

_____ cognome _____ nome
nat __ il __/__/__ telefono _____ E.mail _____
codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ (____) in via _____ n° _____

_____ (genitore) cognome _____ nome
nat __ il __/__/__ telefono _____ E.mail _____

Per la prima visita il minore deve essere accompagnato da entrambi i genitori, in caso non fosse possibile il genitore assente deve compilare il foglio di delega comprensivo di copia di un documento di identità (Allegato 1)

INVIANTE medico di base medico specialista
 dimissione da ricovero autoinvio consiglio di amici

MOTIVO DELLA RICHIESTA

DELEGA

(allegare copia documento di identità)

lo sottoscritt _____ cognome _____ nome

nat __ a _____ il __/__/__

in qualità di madre padre del minore _____ cognome _____ nome

nat __ a _____ il __/__/__

delego l'altro genitore _____

a fare le mie veci per la visita di _____

presso UFS Disturbi Alimentari (Ospedale Palagi, Firenze/Casa della Salute, Empoli)

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
<http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



Luogo e data _____ / ____/ ____

Firma
