



**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)



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***