

**DELEGA PRELIEVO EMATICO E RACCOLTA CAMPIONI BIOLOGICI**

I sottoscritti / Il sottoscritto / La sottoscritta

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

(allegare fotocopie dei documenti d'identità in corso di validità di tutti i sottoscrittori)

**dichiarano / dichiara**

di esercitare la responsabilità genitoriale

di essere il tutore

del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

(allegare fotocopia del documento d'identità del minore in corso di validità)

**da compilare solo qualora la delega sia sottoscritta da un solo genitore**

**dichiara altresì**

che il padre / la madre del suddetto minore Sig. / Sig.ra

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ), via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

non sottoscrive la presente delega in quanto:

non è possibile contattarlo/a nei tempi necessari

non è necessaria la sua sottoscrizione (per disposizioni del Giudice, morte, interdizione, ecc.) \_\_\_\_\_

**delegano / delega**

il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

**espressamente autorizzandolo/a**

➤ ad accompagnare il/la minore per effettuare i seguenti prelievi / raccolta campione biologico:

Ematico  Urine  Altro: \_\_\_\_\_

nella sede di NUOVA RICERCA di: \_\_\_\_\_

➤ a comunicare, essendone a conoscenza, tutte le notizie in merito allo stato di salute del/della minore utili ai fini di cui sopra

➤ a ricevere informazioni in merito alla prestazione che riceverà il/la minore e a ritirare il relativo referto

**dichiarano / dichiara**

➤ di avere letto l'informativa relativa al trattamento dei nostri / miei dati personali pubblicata nel sito di NUOVA RICERCA

➤ di avere letto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali del /della minore riportata sul sito di NUOVA RICERCA e di

prestare  non prestare

il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità ivi precisate, con particolare riferimento alle finalità di cui al punto 3) lettera c)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firme/a dei/del genitori/e esercenti/e la responsabilità genitoriale

Firma del tutore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**SEDE LEGALE**

Via Settembrini, 17/H - 47923 Rimini  
Tel. 0541.319411 - Fax 0541.319494  
P.IVA 01236500409 - info@nuovaricerca.com  
Direttore Sanitario Dr. Roberto Servadei



**UNITÀ LOCALE**

Piazza Europa, 36 - 47826 Villa Verucchio  
Tel. 0541.319400 - Fax 0541.319401  
villaverucchio@nuovaricerca.com  
Direttore Sanitario Dr. Carlo Valbonesi