

DELEGA DEL GENITORE ASSENTE

Relazione con il minore ☐ Padre ☐ Madre

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ residente in

_____ via/piazza

_____ n° _____ tel.

_____ cell _____

abitazione _____ email _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA 1.

Di essere genitore del/la minore _____ nato/a a

_____ il _____ residente in

_____ via/piazza _____ n°

_____ stato civile:

coppia di fatto ☐ coniugati/o/a ☐ vedovo/a ☐ celibe/nubile ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ in
situazione di: genitore affidatario ☐ genitore non affidatario ☐ tutore legale/giudiziale ☐ ☐
affidamento congiunto ☐ amministrazione di sostegno

2. Di essere impossibilitato/a firmare il consenso al trattamento riabilitativo in favore del predetto minore per: ☐ Motivi di lavoro ☐ Lontananza ☐ Impedimento ☐ Altro (specificare):

e pertanto **DELEGA** il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a

_____, il _____, residente a _____

via/piazza _____ civico _____, alla firma per proprio nome e conto di tutta la documentazione necessaria, inerente e connessa per l'inizio della presa in carico riabilitativa presso il Centro Opera Sante de Sanctis Onlus.

☐ si allega copia documento di identità in corso di validità del delegante.

Roma, lì _____

Firma del delegante _____