

MODULO DELEGA PER VISITA MEDICA

Delegante (Nome, Cognome): _____

Codice Fiscale: _____

Data di Nascita: _____

Residenza (Indirizzo completo): _____

Delegato (Nome, Cognome): _____

Codice Fiscale: _____

Data di Nascita: _____

Residenza (Indirizzo completo): _____

Oggetto della Delega:

Il sottoscritto delegante conferisce al delegato il potere di accompagnarlo alla visita medica presso la struttura sanitaria indicata, autorizzandolo a svolgere tutte le operazioni necessarie per il corretto svolgimento della visita, compresa la firma di eventuali documenti connessi.

Durata della Delega:

La presente delega ha validità esclusivamente per la visita medica per la quale è stata rilasciata, e cessa ogni effetto al termine della stessa.

Dichiarazioni del Delegante:

Il delegante dichiara di assumersi ogni responsabilità per la veridicità delle informazioni fornite e di manlevare la struttura sanitaria e il delegato da ogni eventuale responsabilità derivante dall'esecuzione della presente delega.

Firma del Delegante

Firma del Delegato

Firma: _____

Firma: _____

Fonte originale di questo documento:

<https://documenti-esperti.com/modulo-delega-per-visita-medica/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://documenti-esperti.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.