Roma, ……/……/…….

Alla UILDM Lazio

Ufficio Amministrazione Progetti Riabilitativi

In caso di minore il modulo va sottoscritto da entrambi i genitori

Io sottoscritt….. ……

nat….. il …… a ……, residente

in …… in (via/p.zza) ……

Documento di identità n. …… rilasciato da …… il ……

in qualità di (Genitore 1 / Familiare / Coniuge) ……

del…… sig. ……

Nel caso di minori

Io sottoscritt….. ……

nat….. il …… a ……, residente

in …… in (via/p.zza) ……

Documento di identità n. …… rilasciato da …… il ……

in qualità di Genitore 2 …… del sig. ……

DICHIARO/DICHIARIAMO

che in assenza di familiare stretto, si autorizza il/la sig……

nat…… il …… a ……,

residente in …… in (via/p.zza) ……

Documento di identità n. …… rilasciato da …… il ……

In qualità di (badante, care giver, etc.) ……

ad apporre la firma sul foglio dei consulenti UILDM che effettuano i trattamenti ambulatoriali/domiciliari nell'ambito del progetto riabilitativo con voi in essere ed attestare così l'avvenuto trattamento sanitario.

In fede …… ……

(**Genitore 1 / Familiare / Coniuge**) **(Genitore 2)**

Allegati: FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DEL DELEGANTE

FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DEL DELEGATO