

## DELEGA DEL GENITORE ASSENTE

Relazione con il minore

Padre

Madre

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. abitazione \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
vole 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:  coniugati/o/a  vedovo/a  
 coppia di fatto  separato/a  divorziato/a  
 celibe/nubile

in situazione di:  genitore non  
 genitore affidatario  affidatario  amministrazione di sostegno  
 tutore legale/giudiziale  affidamento congiunto

2. Di essere impossibilitato/a firmare il consenso al trattamento odontoiatrico 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 \_\_\_\_\_,  
in quanto genitore del/della minore \_\_\_\_\_, alla firma per proprio nome e conto di  
tutta la documentazione necessaria, inerente e connessa per l'inizio della presa in carico odontoiatrica  
presso lo Studio De Faveri s.r.l.s.

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

Il delegante puo' **revocare in qualsiasi momento la delega** conferita richiedendo, in forma scritta, il  
modulo di revoca all'indirizzo email: [info@studiodefaveri.net](mailto:info@studiodefaveri.net)

San Donà di Piave, il \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_