

# DELEGA PRESTAZIONI SANITARIE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Carta di Identità\* n./ Passaporto\* n. \_\_\_\_\_,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

**DICHIARA DI ESSERE** (barrare con una crocetta)

padre     madre     genitore affidatario     esercente la potestà genitoriale     tutore     curatore

del/la MINORE : \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Carta di Identità\* n./ Passaporto\* n. \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Luogo), \_\_\_\_\_ (data), \_\_\_\_\_ (firma)

Che i dati riferiti all'altro genitore sono i seguenti:

Nome e Cognome dell'ALTRO GENITORE: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto titolare di potestà genitoriale INFORMA che la/e persona/e sotto indicate, munite della presente delega, sono autorizzate ad accompagnare il/la minore, per l'esecuzione in favore di quest'ultimo/a delle prestazioni sanitarie (preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, ecc.) di cui necessita da intendersi tutte quelle ritenute indispensabili e/o utili per la patologia di cui trattasi in adempimento e conformità alle linee guida sanitarie: in particolare dichiara di aver preso visione del protocollo di gestione del rischio Covid-19 e dunque autorizza tutti gli adempimenti ivi indicati ivi compresa la gestione del sospetto positivo prescritto dall'art. 17 del citato protocollo. La presente delega vale anche nell'ipotesi in cui il minore abbia avuto contatti con un soggetto positivo. In tal caso i genitori autorizzano l'esecuzione di tutti i controlli necessari per verificare la positività o meno del proprio figlio.**

**Alacqua Devin**

In qualità di Resp. Organizzativo Vis Pesaro Camp 2023

(\*SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ INDICATO)

# **Dichiarazione di responsabilità ed autorizzazione risarcimento danni**

(da compilare obbligatoriamente **solamente da chi pernotta**)

Io sottoscritto (titolare della carta di credito) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tipo Doc (Carta Identità, passaporto, patente) \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_

**autorizzo sin da ora la segreteria dell'ASD Academy Vis Pesaro all'addebito di eventuali danni causati a strutture ed attrezzature sportive e alberghiere durante il Vis Pesaro Camp 2023 ed organizzato dall'ASD Academy Vis Pesaro da:**

Nome (del campista) \_\_\_\_\_

Cognome (del campista) \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Sulla mia carta di credito (INDICARE TIPO DI CARTA) \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_

Scadenza carta \_\_\_\_\_

Numero CVV (sul retro della carta di credito è indicato un numero di 7 cifre: il

numero CVV è dato dalle ultime 3 cifre verso destra) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_