



ANALISI CLINICHE

Dott. Sciacchitano

DA COMPILARE SE IL CONSENSO È PRESTATO DA TERZI

O È DI IMPOSSIBILE ACQUISIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov __ il _____

residente in _____ Prov __ CAP _____

Via _____ Codice Fiscale _____

documento carta d'identità passaporto patente di guida N° _____

rilasciato da comune questura prefettura di _____ il _____

la cui fotocopia si allega al presente documento, in qualità di

- Tutore/Genitore
- Coniuge/convivente
- Prossimo congiunto
- Responsabile della struttura presso la quale l'interessato dimora.

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiera richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che sussiste impossibilità fisica/incapacità dell'interessato/a Sig./Sig.ra _____
_____ pertanto presta il consenso in nome, per conto e
nell'interesse dello/a stesso/a.

Data ____/____/____ Firma del dichiarante (*) _____

Allegare alla documentazione di tracciamento Campione