

*Odontoiatria Convenzionata ASL e Privata***AUTOCERTIFICAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO MINORI**

Per periodo di cura nell'anno _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate
dall'articolo 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

Il/la Sottoscritto/a Genitore e/o Tutore Legale del Minore

Nome e Cognome _____

Autorizzo ad accompagnare mio figlio/a il sig./ra

Nome Minore _____

Accompagnatore

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Data;

Firma del Genitore e/o Tutore del Minore

Allegare fotocopia carta identità fronte retro