

Il sottoscritto _____, nato a _____,
provincia _____, cap. _____, il ___/___/_____,
cittadinanza _____ in qualità di padre di
_____ nato/a a _____,
provincia di _____, cap. _____, il ___/___/_____,
cittadinanza _____

Dichiara di acconsentire alla divulgazione dei dati concernenti il suo stato di salute

Dichiara di acconsentire alla divulgazione dei dati concernenti lo stato di salute del/la figlio/a

Data

Firma

___/___/___

La sottoscritta _____, nata a _____,
provincia _____, cap. _____, il ___/___/_____,
cittadinanza _____ in qualità di madre di
_____ nato/a a _____,
provincia di _____, cap. _____, il ___/___/_____,
cittadinanza _____

Dichiara di acconsentire alla divulgazione dei dati concernenti il suo stato di salute

Dichiara di acconsentire alla divulgazione dei dati concernenti lo stato di salute del/la figlio/a

Data

Firma

___/___/___
