



Dr.ssa Sabrina Luoni

Medico Chirurgo

Specialista in Medicina dello Sport - Medicina Fisica e Riabilitativa

Responsabile U.O. Riabilitazione II Cof Lanzo Hospital

Via Carcano, 3 - 22070 Vertemate con Minoprio (CO)

Tel. 031 901256 - mail: info@studioluoni.it

P.IVA: 02902460126

CF: LNUSRN74T46B300F

DELEGA

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____ CF: _____

residente a (Comune, Prov.) _____ Via _____

Genitore esercente la potestà genitoriale di (nome e cognome) _____

DELEGO

Il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____

grado di parentela _____

ad accompagnare il minore presso lo Studio Luoni ai fini dell'esecuzione di visita specialistica e/o cure fisioterapiche ed a sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati, come previsto dall'art. 13 del regolamento UE 679/16.

Allego alla presente fotocopia della mia carta identità.

Firma del delegante

Data _____