



AUTORIZZATO DALLA REGIONE LOMBARDIA  
Direttore Sanitario Dr. Placido Romeo

## DELEGA AL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SENSIBILE DI MINORE

Il/La sottoscritto/a:

- Nome e Cognome Genitore:

\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_,

Documento di identità n. \_\_\_\_\_

in qualità di **genitore esercente la responsabilità genitoriale** ai sensi degli artt. 316 e seguenti del Codice Civile, sul minore:

- Nome e Cognome del minore:

\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

### DELEGANO

il/la Sig./Sig.ra:

- Nome e Cognome del delegato/a:

\_\_\_\_\_



**AUTORIZZATO DALLA REGIONE LOMBARDIA**  
**Direttore Sanitario Dr. Placido Romeo**

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, Documento di identità n.

\_\_\_\_\_

a ritirare per nostro conto la seguente documentazione relativa al minore sopra indicato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*

La consegna della documentazione potrà avvenire esclusivamente previa verifica della completezza e correttezza di tutti i dati, firme e documenti richiesti. Pertanto, è necessario allegare alla presente le copie delle carte d'identità di entrambi i genitori.

Al momento del ritiro, il delegato dovrà presentare la propria carta d'identità per consentire la necessaria verifica.

In mancanza anche di uno solo degli elementi sopra indicati, la struttura/società non potrà procedere alla consegna, al fine di tutelare entrambe le parti, in conformità al:

- Regolamento UE 2016/679 (GDPR) – artt. 5, 6, 9 e 24
- D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018
- Art. 2043 Codice Civile (responsabilità civile)
- D.P.R. 445/2000 (dichiarazioni e responsabilità)

I sottoscritti dichiarano inoltre che:

- il ritiro avviene su nostra espressa richiesta;
- assumersi ogni responsabilità civile e penale relativa al ritiro e al successivo utilizzo della documentazione;
- sollevare la struttura/società e il personale incaricato da qualsiasi responsabilità derivante dalla consegna effettuata sulla base della presente delega.

Luogo e data: \_\_\_\_\_



**AUTORIZZATO DALLA REGIONE LOMBARDIA**  
**Direttore Sanitario Dr. Placido Romeo**

Firma madre: \_\_\_\_\_

Firma padre: \_\_\_\_\_

\*\*\*

**ATTESTAZIONE DI CONSEGNA (a cura della struttura)**

La struttura Centro di Medicina dello Sport S.r.l. di Lecco attesta che in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ alle ore: \_\_\_\_\_ ha consegnato la documentazione al delegato sopra indicato - previa verifica con lo stesso - della documentazione e della carta identità.

Firma incaricato: \_\_\_\_\_

Firma e timbro struttura/società: \_\_\_\_\_