

---

**Ritiro della documentazione sanitaria del minore  
da parte dell'esercente potestà genitoriale**

Il/La sottoscritto/a ..... Nato a ..... (.....)  
il ..... C.F. ....  
Residente in ..... Via ..... n .....

**in qualità di**

soggetto esercente potestà genitoriale del minore .....  
Nato a ..... (.....) il ..... C.F.  
..... Residente in ..... Via  
..... n .....

**dichiarando**

di essere in possesso anche del consenso dell'altro genitore

**richiede la consegna della seguente documentazione:**

*(specificare la documentazione richiesta)*

.....  
.....

Data e luogo

Firma dell'esercente potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

N.B: Si allega alla presente copia del documento di identità dell'esercente la potestà genitoriale e del minore (ove a quest'ultimo rilasciato).