

|                                                                                   |                                          |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  | MOD 004                                  | DELEGA ACCOMPAGNAMENTO<br>MINORI             |
|                                                                                   | Revisione: 00<br>Data: _____._____._____ | Approvazione: DIR<br>Data: _____._____._____ |

Spett.

Direzione Centro TIVAN s.r.l.  
Via Domodossola 27  
84091 Battipaglia (SA)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

in qualità di **GENITORE / TUTORE/AMMINISTRATORE** dell'assistito

\_\_\_\_\_

DELEGA

Il/La Signor/a \_\_\_\_\_ Doc.ric. n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ ad accompagnare il proprio figliolo, sopra  
generalizzato, presso il centro TIVAN per effettuare le attività riabilitative.

Si autorizza anche la firma della scheda presenze.

Si allega alla presente copia documento di riconoscimento del delegante e del delegato.

Battipaglia, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_