

	MOD 045	RICHIESTA VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE	
	Revisione: 00 Data: 18.06.2024	Approvazione: DIR	Data: 21.06.2024

Io sottoscritto _____ C. F. _____

nato il _____ a _____ residente a _____

in via _____

Io sottoscritta _____ C. F. _____

nata il _____ a _____ residente a _____

in via _____

In qualità di: **GENITORI**

CHIEDIAMO

di sottoporre _____ C. F. _____

nato/a il _____ a _____ residente a _____

in via _____ documento di riconoscimento nr _____

del _____._____._____ rilasciato da _____

a visita Neuropsichiatria Infantile presso il Centro TIVAN Istituto di Medicina Riabilitativa e Riabilitazione Sociale, avente sede in Battipaglia (SA) alla Via Domodossola, 27.

Battipaglia, lì _____._____._____

Firma per Consenso PADRE _____ MADRE _____

Si allega copia del documento di riconoscimento di chi esprime il consenso e del Minore.