

Dichiarazione di identificazione del medico curante *(modulo minorenni)*

Io sottoscritto..... genitore del minore/esercente la patria
potestà di (NOME E COGNOME DEL MINORE)

dichiaro

sotto la mia responsabilità, che il Dott. (NOME E COGNOME DEL MEDICO)
Medico di Medicina Generale (MMG), è il medico curante di mio/a figlio/a.

Luogo,

Data,

In fede

(Firma leggibile del Dichiarante)