



OHSAS 18001:2007

**OSPEDALE DI TRENTO**  
**U.O.C. Medicina Nucleare**  
**Direttore: dr.ssa Franca Chierichetti**



## DELEGA DI CONSENSO DI UN GENITORE

Delegante: il sottoscritto

\_\_\_\_\_  
Nome Cognome Data di Nascita

\_\_\_\_\_  
Tipo, numero e scadenza di documento di identità

Genitore di

\_\_\_\_\_  
Nome cognome, data di nascita del paziente minorenne

Delega

\_\_\_\_\_  
Nome Cognome Data di Nascita

In qualità di

padre

madre

chi ne fa le veci  
(specificare)

Ad esprimere il consenso all'esecuzione della procedura medico nucleare.