

# *Dichiarazione per 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)