

DOTT. LORENZO CAVALLUCCI
ODONTOIATRA

Via Anastagi 19 - 48121 Ravenna
Tel. 054438038
C.F. CVLLNZ85P21H199W
P. IVA 02358580393

Cognome/nome _____ nato/a _____ il
_____ C.F. _____ residente a _____ via

DICHIARO

di essere genitore del minore suddetto e di esercitare la responsabilità genitoriale:

congiuntamente all'altro genitore Cognome/nome _____ nato/a
_____ il _____ C.F. _____ residente
a _____ via _____ il quale è:

- presente e sottoscrive congiuntamente il presente documento

- assente, ma comunque informato e pertanto autorizza il trattamento dei dati personali e il
trattamento diagnostico/farmacologico/medico/chirurgico
relativamente al figlio minore (si allega documento di identità)

disgiuntamente dall'altro genitore in virtù di

Data _____

Firma
