


| | | |
|--|---|------------------------|
|  MediClinic | MODULO PARENTE DIPENDENTE ENTI CONVENZIONATI | FRO_Doc_52 |
| | | Rev. 0 |
| | | Data 11/09/2025 |
| | | Pag. 1 di 1 |

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

Nato/a a _____ il ___/___/_____

Codice Fiscale: _____

Consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

che la persona:

Nome e Cognome: _____

Nato/a a _____ il ___/___/_____

Codice Fiscale: _____

è suo/a parente con il seguente grado di parentela: _____

Allegare copia del tesserino di appartenenza all'ente convenzionato.

Luogo e data: _____

FIRMA DEL DICHIARANTE: _____