



INCONTRO MEDICI-PAZIENTI

Firenze, 15 giugno 2024

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER FIGLI MINORENNI

ATTENZIONE: compilare una domanda per ogni figlio che intende partecipare

Io sottoscritto/a Cognome Nome

Padre/madre/tutore di

**chiedo che mio/a figlio/a partecipi all'incontro medici-pazienti
del 15 giugno 2024 a Firenze**

Mio/a figlio/a parteciperà al pranzo presso il bar di Villa Bracci SI NO

Mio/a figlio/a parteciperà all'assemblea dei soci SI NO

Mio/a figlio/a parteciperà alla cena in pizzeria SI NO

Data Firma