



MODULO DI DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / _____, residente a _____, in Via _____

padre / madre / tutore di _____,

nato/a a _____ il _____

N° telefonico a cui il sottoscritto può essere contattato al momento della visita per eventuali necessità (e.g., eventuale necessità di ulteriori notizie sulla salute dell'atleta; conferma della comprensione del consenso informato e del trattamento dei dati): _____

DELEGA

(in accordo con l'altro genitore, dal sottoscritto consultato)

Il/La Sig./ra _____ nato/a _____

il _____, residente in _____, via _____ n. _____

ad accompagnare il suddetto minore presso il Servizio di Medicina Sportiva per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e successive integrazioni).

(ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE)

Data _____

Firma leggibile del delegante

Firma leggibile del delegato
