



DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA A MINORE

IL SOTTOSCRITTO GENITORE/TUTORE

Cognome Nome

Madre Padre Tutore

DEL MINORE

Cognome Nome Nato a il

Residente a Via N.

Essendo impossibilitato a recarsi presso il CENTRO MEDICO SPORTIVO MEDICAL SORT DUE SRL

DELEGA II

Sig.

con documento N°

- Ad accompagnare presso il Centro di Medicina dello Sport Medical Sport due srl la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato per Attività Sportiva Agonistica / non Agonistica
- Ad informarsi ed a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti dallanormativa e degli eventuali approfondimenti diagnostici richiesti dal medico visitatore
- A firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dal D. leg. 196/2003
- **Si allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità**

Firma del genitore o esercente la patria potestà

Data

MEDICAL SPORT DUE SRL