



**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_