

DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA DI 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 POLIAMBULATORIO LODISALUTE

DELEGA Il Sig.

con documento N°

- Ad accompagnare presso il Poliambulatorio Lodisalute – Via san Giacomo, 19 - Lodi per 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 dalla normativa 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