

DELEGA PER VISITA MEDICA A MINORE

Presso il CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT – Via F.Ili Di Dio 31/D - Sesto San Giovanni

Il sottoscritto _____

Genitore del minore _____

Nato il _____ a _____

Essendo impossibilitato a recarsi presso il CENTRO MEDICO SPORTIVO F.Ili Di Dio 31/D di Sesto San Giovanni

DELEGA

Il Sig. _____ residente a _____

In Via _____ con documento N° _____

- Ad accompagnare presso il C.M.S. Centro di Medicina dello Sport di Sesto San Giovanni, 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 sottoscrivere l'anamnesi della Scheda di Valutazione medico-sportiva
- 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

Data _____

Firma leggibile del delegante _____