

## 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 CODOGNOSALUTE

DELEGA Il Sig. ....  
con documento N° .....

- Ad accompagnare presso il Poliambulatorio Codognoslaute – Via Alberici, 28 - Codogno 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 ..... .....