

DELEGA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT ATLETA MINORENNE

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a..... il

Residente a in via.....

Documento di identità n.....rilasciato il

Genitore/Tutore Legale di

DELEGA

Il sig./La sig.ra

Residente a in via.....

Documento di identità n.....rilasciato il

ad accompagnare il minore agli accertamenti per la visita specialistica di Medicina dello Sport e a rappresentarmi nei necessari adempimenti burocratici.

Dichiara inoltre che gli eventuali altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

ATTENZIONE: allegare fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante.

Data

In Fede
