

DELEGA

Io sottoscritto/a
nato/a prov. il
residente in indirizzo
genitore esercente la potestà genitoriale di :

DELEGO

il/la sig./ra
nato/a a prov. il
grado di parentela
Documento di identità n.

ad ACCOMPAGNARE il minore presso lo studio CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DI MEDICINA DELLO SPORT per la valutazione medica ai fini del rilascio del Certificato medico sportivo richiesto, a FIRMARE l'anamnesi e il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art. 23 D. Lgs 196/03 sulla scheda di valutazione medico sportiva e al RITIRO del Certificato stesso.

Allego alla presente: la fotocopia della mia carta di identità

In fede,

data...../...../.....

Firma del delegante

.....