

Delega ed autorizzazione all'accesso a prestazioni di medicina dello sport per atleta minorenni

DA COMPILARSI A CURA DAL/I GENITORE/I CHE NON ACCOMPAGNA/NO IL MINORE

Da parte del/i sottoscritto/i . (COGNOME/I _____ NOME/I _____ LEGGIBILI)

e per conto del minore Cognome _____ Nome _____, si dichiara che:

1. è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa ed all'espressione del consenso informato per le prestazioni di Medicina dello Sport, unitamente al questionario anamnestico;

2. si autorizza e si delega il/la sig./ra Cognome e Nome

ad accompagnare il minore per effettuare gli accertamenti di Medicina dello Sport e a gestirne la documentazione connessa con la certificazione di idoneità sportiva.

IL DELEGATO DOVRÀ PRESENTARSI MUNITO DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

Firma/e:

Data, li ..

.