

Centro Medico P.B.M.
Via Europa, 8
20813 Bovisio Masciago
Tel. 0362593775
Email info@cmsbovisio.it

DELEGA

Io sottoscritto _____

nato/a _____ il ___/___/___

residente in _____ indirizzo _____

Genitore esercente la potestà genitoriale di:

delego

il/la Sig./ra _____

documento _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

- . ad accompagnare il minore presso il Servizio di Medicina dello Sport per la valutazione medica ai fini del rilascio del Certificato di idoneità sportiva;
- . ad informarsi e a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti della normativa;
- . a sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico Sportiva;
- . a firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art.23 D.Lgs. 196/2003

Sono consapevole che il Medico specialista in Medicina dello Sport, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi o convocarmi presso il suo ambulatorio in un secondo tempo.

Allego la fotocopia della mia carta identità.

Data, _____

In fede

(firma delegante)