

**CENTRO MEDICO PBM SRL**  
AUTORIZZATO DALLA REGIONE LOMBARDIA

**DELEGA**

*Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
genitore esercente la podestà genitoriale di \_\_\_\_\_*

*delego*

*il/la Sig. / Sig. ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(grado di parentela \_\_\_\_\_)*

- ✓ a presenziare alla visita del minore (comprendente l'esecuzione dell'elettrocardiogramma) presso il Centro di Medicina dello Sport di Bovisio Masciago;*
- ✓ ad informarsi e a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti dalla normativa;*
- ✓ a firmare il consenso al trattamento dei dati personali.*

*Sono consapevole che il Medico potrebbe richiedere la mia presenza in un secondo tempo.*

*Allego:*

- la fotocopia del mio documento d'identità*
- questionario di anamnesi compilato e firmato dal genitore.*

*Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.*

*In fede*

---

*Firma del Genitore delegante*