

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA SSN POLICLINICO SAN MARCO SpA 	Ambulatorio di Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico Nr. Autorizzazione Regionale B-4 DELEGA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA PER ATLETI MINORENNI	M-POL-46
		Rev.1
		16/11/2023

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

avente la responsabilità genitoriale sul minore _____

nato a _____ il _____

DELEGA

il/la Sig./ra _____

nato/a _____ il _____

ad accompagnare con piena responsabilità il già citato minore alla visita medico sportiva e di ricevere le successive informazioni sanitarie.

data firma del primo genitore

data firma del secondo genitore

data firma del Delegato

Si allega:

- copia del documento del/dei delegante/i e del delegato;
- modulistica di *Consenso informato alla visita medico sportiva agonistica* compilata dai/dal genitori/e.