

STUDIO MEDICO PILI MARCELLO

Via Donizetti, 25 09100 Cagliari - Tel. 070 4560055 – Fax. 070 7516718 - e-mail: ollecram.pili@gmail.com

DELEGA

Io sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ indirizzo _____

genitore/tutore 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 dalla 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 d'identità.

In fede

Data, _____

(firma del delegante)