

**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)