

# CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA s.r.l.

23824 DERVIO (Lc) - Via P.G. Rubini, 11 - Tel. 0341 850 884 - Fax 0341 806 752  
E-mail: segreteria@centromedicinasportiva.it - pec@pec.centromedicinasportiva.it - www.centromedicinasportiva.it  
Legalmente riconosciuto D.P.G.R. N. 8818 del 27-5-87 ed accreditato  
Reg. Imprese Lecco, Codice Fiscale e Partita IVA: 01620970135  
Cap. Soc. € 10.000,00 i.v.

## 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)