

**SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT**

**DELEGA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

esercitante la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di:  genitore  altro \_\_\_\_\_  
(specificare)

consapevole, essendo stato adeguatamente informato, delle indagini mediche cui verrà sottoposto il citato minore per il giudizio di idoneità/non idoneità presso il Servizio di Medicina dello Sport di cui in intestazione, per l'attività agonistica: (indicare lo sport) \_\_\_\_\_

al cui esercizio sono favorevole e consenziente, ed essendo **assolutamente impossibilitato** ad accompagnare il minore alla visita medico sportiva così come altri eventuali esercitanti la potestà genitoriale e rendendomi responsabile di quest'ultima affermazione al cospetto degli aventi diritto,

**DELEGO**

il Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ad accompagnare con piena responsabilità Sua personale il già citato minore alla visita medico sportiva presso il Servizio di Medicina dello Sport e, a tal fine, sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO**

che il delegato, MAGGIORENNE e munito di personale valido documento di identità, è stato da me informato circa la motivazione della visita cui sarà sottoposto il minore e consegnerà eventuale documentazione sanitaria in possesso.

**ALLEGO** alla presente DELEGA:

- COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DELEGATO
- COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DELEGANTE
- FOGLIO ANAMNESI COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E FIRMATO DAL GENITORE DELEGANTE

data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_

*Il Servizio di Medicina dello Sport si riserva il diritto di rifiutare la prestazione in carenza dei requisiti prescritti ed in tutti i casi sia assolutamente richiesta la presenza del titolare della potestà genitoriale. Il tutto fatto salve le disposizioni di Legge.*