

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE

DISTRETTO UNICO
U.O.S. MEDICINA DELLO SPORT

SAN DONA' DI PIAVE
TEL 0421/227736 FAX 0421/227772
medsport.sandona@aulss4.veneto.it

JESOLO
0421/388847
medsport.jesolo@aulss4.veneto.it

PORTOGRUARO
0421/396503/6506 FAX 0421/396538
medsport.portogruaro@aulss4.veneto.it

DELEGA

Io sottoscritto _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ indirizzo _____

Genitore esercente la potestà genitoriale di: _____

delego

Il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

grado di parentela _____

- Ad accompagnare il minore presso il Servizio di Medicina dello Sport per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica
- 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. 23D Lgs. 196/3

Allego la fotocopia della mia carta di identità

Data, _____

In fede

(firma del delegante)