

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT SRL
AUTORIZZATO DALLA REGIONE LOMBARDIA

DELEGA

Io *Sottoscritto/a* _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
genitore esercente la *potestà genitoriale* di _____

delego

il/la *Sig./Sig.ra* _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
(grado di parentela _____)

- ✓ *a presenziare alla visita del minore (comprendente l'esecuzione dell'elettrocardiogramma) presso il Centro di Medicina dello Sport di Carate Brianza;*
- ✓ *ad informarsi e a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti dalla normativa;*
- ✓ *a firmare il consenso al trattamento dei dati personali.*

Sono consapevole che il Medico potrebbe richiedere la mia presenza in un secondo tempo.

Allego:

- *la fotocopia del mio documento d'identità*
- *questionario di anamnesi compilato e firmato dal genitore.*

Data ____ / ____ / ____.

In fede

Firma del Genitore delegante