

**AMBULATORIO MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT**

Albo Reg. Med. Dello Sport B/184

**Dott. Tomasin Pier-Giorgio**

Via della Pieve 14/B – 35010 Borgoricco (PD)

Tel. / Fax 049 9335773 Cell. 3395778473

e-mail: <mailto:piorgiorgio62pt@gmail.com>

PEC: <mailto:piorgiorgio.tomasin@cn.legalmail.it>

## **DELEGA PER MINORENNI**

Da parte de\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

per conto del minore \_\_\_\_\_, si dichiara con la presente che:

1. è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa ed all'espressione del consenso informato per le prestazioni di Medicina dello Sport, unitamente al questionario anamnestico;
2. si autorizza e si delega \_\_\_\_\_ ad accompagnare il minore agli accertamenti di Medicina dello Sport e a gestirne la documentazione connessa con la certificazione di idoneità sportiva.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma/e:

\_\_\_\_\_