

MODULO DELEGA ACCOMPAGNATORI PER ATLETI MINORENNI

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

IN QUALITÀ DI:

GENITORE

TUTORE LEGALE

DI _____

DELEGO

IL /LA SIG./SIG.RA _____

- AD ACCOMPAGNARE IL MINORE PRESSO LO STUDIO DI MEDICINA DELLO SPORT DEL DR. GISCARDO FABIO PANZAVOLTA (PRESSO POLIAMBULATORIO DNP SITO IN VIA TRONTO 23/C A MONZA) PER LA VALUTAZIONE MEDICA AI FINI DEL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA O NON 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 EX REGOLAMENTO UE 2016/679.

SI ALLEGA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL GENITORE.

_____, Data: ____/____/____

Firma del Genitore delegante