



26900 LODI  
Via Emilia S.S. 9 km. 298.500  
Tel. 0371 432348 – Fax 0371 43234  
E. mail: medicalsportlodi@gmail.

*Idoneo ai sensi del D.G.R. n. 513 del 29.04.1986*

## **DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO MINORE AD ACCERTAMENTI SANITARI**

Il sottoscritto .....genitore o esercente la  
responsabilità genitoriale di ....., in accordo con l'altro  
genitore da me stesso consultato

### **DELEGA**

il/la sig./sig.ra .....nato/a .....

il .....e residente a .....in Via.....

Ad accompagnare il/la proprio/a figlio/a .....ad effettuare  
presso il Medical Sport Center la visita per idoneità all'attività sportiva  
del.....

Luogo ..... Data .....

Firma del genitore o esercente la responsabilità genitoriale

.....

**NOTA BENE:** IL DELEGATO DOVRÀ ESSERE IN POSSESSO DEL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITÀ  
E DELLA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DEL GENITORE O DI CHI HA LA RESPONSABILITÀ  
GENITORIALE.

Il trattamento dei dati personali forniti avverrà nel rispetto del vigente Codice  
Privacy