



Casa di Cura per la Riabilitazione  
e Poliambulatori

Casa di Cura Privata Le Terrazze S.r.l.  
Sede legale: Via Ugo Foscolo 6/b - 21035 Cunardo (VA)  
Codice Fiscale 00950160713 • Rea VA - 225942  
P.I. 01994660122 • Capitale Sociale Euro 3.050.100,00 i.v.  
**Ambulatorio di Medicina Sportiva**  
Direzione Sanitaria Dott. Egidi Federico  
Specialista in Medicina dello Sport  
Via Medaglie D'oro 19-29/31, 21100 Varese - Ingresso Via Mazzini 10  
Tel. 0332.1544.311 - medsport@clinicaterrazze.com

## **DELEGA ACCOMPAGNAMENTO PER ASSISTITI MINORENNI / PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore legale \*

\*\*allegare documenti nomina

**Cognome e Nome (atleta)** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### **CON LA FIRMA DELLA PRESENTE, DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_

- 1) ad accompagnare alla visita il minore/persona non autosufficiente presso l'Ambulatorio di Medicina Sportiva – Casa di Cura Privata Le Terrazze Varese
- 2) ad effettuare tutte le operazioni connesse allo svolgimento della prestazione sopra indicata ivi comprese dove richiesto l'apposizione delle firme.

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(firma)

### **DICHIARA INOLTRE ESPRESSAMENTE**

**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

che gli eventuali altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore/persona non autosufficiente sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante e delegato**