

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) _____

N.B. possono essere delegati solo parenti dell'atleta di I e II grado

- 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