

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____

avente la responsabilità genitoriale: Padre Madre Tutore legale

sul minore (nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____

DELEGA

Il/La sig./ra (nome e cognome) _____

nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____

ad accompagnare con piena responsabilità il minore all'effettuazione degli accertamenti sanitari previsti per la visita specialistica di Medicina dello Sport per il giorno _____, a rappresentarmi nei necessari adempimenti burocratici, firmare la scheda sanitaria e a ricevere le successive informazioni sanitarie. Il delegato, inoltre, consegnerà al Medico dello Sport il modulo anamnestico e il consenso al trattamento dei dati personali, compilati e da me firmati.

Dichiara altresì che gli altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

Sono consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa).

Data/luogo _____ **Firma del Delegante** _____

Si allegano alla presente:

1. Fotocopia del documento di identità del delegante (genitore/tutore legale).
2. Modulo anamnestico con informativa privacy compilato e firmato da parte del delegante
3. Modulo di consenso alla comunicazione dei dati personali
4. Eventuale documentazione sanitaria inerente lo stato di salute del minore per presa visione da parte del Medico dello Sport.