

**C.D.P. S.r.l.**

CENTRO DIAGNOSI E PREVENZIONE

Via Cibrario 53 - 10143 Torino Tel. 011.43.43.141

Sito web. [www.cdpsport.com](http://www.cdpsport.com) E-mail [cdp.sport@virgilio.it](mailto:cdp.sport@virgilio.it)

**DELEGA PER VISITA MEDICA A MINORE**

**Presso il CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT – Via L. Cibrario 53 Torino**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore del minore \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Essendo impossibilitato a recarsi presso il CENTRO MEDICO SPORTIVO sito in

**Via L. Cibrario 53 - 10143 Torino**

DELEGA

Il Sig. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ con documento N° \_\_\_\_\_

Ad accompagnare il suddetto minore ad effettuare la visita specialistica per la pratica sportiva e a rappresentarmi nei necessari adempimenti burocratici, autorizzandolo alla comunicazione dei dati personali del minore.

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e una fotocopia di un documento valido del delegante titolare della potestà genitoriale.

Firma del padre .....

Firma della madre .....

Luogo .....

Data.....