

C.D.P. S.r.l. CENTRO DIAGNOSI E PREVENZIONE

Medicina dello Sport

Via Cibrario 53 - 10143 Torino

C.F.- P.I. 04199260011

Mail: cdpsport23@gmail.com Tel. 3339506944

Sito web: www.cdpsport.com

DELEGA PER VISITA MEDICA A MINORE

Il sottoscritto _____

Genitore del minore _____

Nato il _____ a _____

Essendo impossibilitato a recarsi presso il CENTRO MEDICO SPORTIVO sito in via Cibrario 53

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.....