

	<p>Documenti Interni</p> <p>DELEGA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA PER ATLETI MINORENNI</p> <p>UOC Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico</p> <p>Direttore f.f.: Dott.ssa Valentina Pescatore</p>	<p>DI/00008 REV4 07/03/2024</p>
--	---	---

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
avente la responsabilità genitoriale sul minore _____
nato a _____ il _____

Delega

il/la Sig./ra _____
nato/a _____ il _____
ad accompagnare con piena responsabilità il già citato minore alla visita medico sportiva e di ricevere le successive informazioni sanitarie.

data firma del primo genitore

data firma del secondo genitore

data firma del Delegato

Si allega:

- **copia del documento del/dei delegante/i e del delegato;**
- **modulistica di *Consenso informato alla visita medico sportiva agonistica* compilata dai/dal genitori/e.**