



**DOMUS
MEDICA**

**Centro Medico Polispecialistico
e Medicina dello Sport**

**Delega ed autorizzazione all'accesso a prestazioni
di medicina dello sport per atleta minorenni**

DA COMPILARSI A CURA DAL/I GENITORE/I CHE NON ACCOMPAGNA/NO IL MINORE

Da parte de..... sottoscritt..... (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

.....

e

per conto del minore, si dichiara che:

1. è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa ed all'espressione del consenso informato per le prestazioni di Medicina dello Sport, unitamente al questionario anamnestico;

2. si autorizza e si delega il/la sig./ra ad accompagnare il minore agli accertamenti di Medicina dello Sport e a gestirne la documentazione connessa con la certificazione di idoneità sportiva.

IL DELEGATO DOVRÀ PRESENTARSI MUNITO DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

....., lì

Firma/e:

.....

Domus Medica Group srl

Via IV Novembre, 58 | 33010 Feletto Umberto | Tavagnacco (UD) | t. +39 0432 689126 | f. +39 0432 435998 | info@domusmedicafvg.it | www.domusmedicafvg.it

Reg. Imprese di Udine, PI e CF 02823800301 | Capitale Sociale € 50.000,00 | REA n. UD 290789

Istituzione sanitaria privata accreditata per la Medicina dello Sport di I° e II° livello - Decreto 116/DC del 15/02/2010