



BUSTOMED

PER IL TUO SPORT, PER LA TUA SALUTE

DELEGA PER PAZIENTI MINORENNI

Io sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ indirizzo _____
genitore esercente la potestà genitoriale di: _____

DELEGO

il/la sig./ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
grado di parentela _____
Documento di identità n. _____

ad ACCOMPAGNARE il minore presso lo studio BUSTO MED, viale Rimembranze, 58 – 21052 Busto Arsizio (VA) per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato medico sportivo richiesto, a firmare l'anamnesi e il consenso al trattamento dei dati come previsto dalla normativa sulla scheda di valutazione medico sportiva e al ritiro del certificato stesso.

Allego alla presente la fotocopia della mia carta di identità

In fede,
data ____/____/____

Firma del delegante
