



DELEGA DELL'ACCOMPAGNATORE DELL'ATLETA ALLA VISITA DI MEDICINA DELLO
SPORT PER IDONEITÀ AGONISTICA E NON AGONISTICA

Il sottoscritto _____

genitore dell'atleta _____

nato/a a _____

DELEGA

Il Sig/ra _____ quale accompagnatore del figlio/a ad
eseguire la visita medico sportiva.

Firma del genitore _____

NOTA: Unitamente al presente documento la persona delegata dovrà esibire un proprio documento di riconoscimento in corso di validità e copia del documento del delegante (genitore).

Firma del delegato _____