

CENTRO MEDICO PONTE
CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT
PONTE SAN PIETRO Via San Clemente n. 54

Tel. 035 4376319 – whatsapp 3388372202

www.centromedicoponte.com – mail centromedicoponte@gmail.com

DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a

nato/a a il..... esercente la patria potestà sul

minore.....

nato/a a il

DELEGO

Il /la Sig.

nato/a a il..... ad essere presente in mia vece

alla visita medica a cui mio figlio/a si sottoporrà per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica.

Data Firma

ATTENZIONE: ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE