



**IL PUNTO MEDICO SPORTIVO SRL**

Centro di Medicina dello Sport

www.ilpuntomedicosportivo.it

Via Daste e Spalenga, 28/C - 24020 Gorle (Bg)

Tel. 035.302799 - Fax 035.4236166 - Cell. 347.2682232

E-mail: info@ilpuntomedicosportivo.it - ilpuntomedicosportivo@legalmail.it

**DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA ATLETA MINORENNE**

Io sottoscritto/a Sig/Sig.ra .....

nato/a a..... il.....

In qualità di madre/padre di .....

nato/a a..... il.....

**DELEGO**

Il Sig/ la Sig.ra .....

nato/a a ..... il.....

come accompagnatore per la visita medico sportiva agonistica di mio figlio/a.

Luogo.....

Data.....

Firma del genitore .....

**\*In allegato: -Documento di identità in corso di validità del delegato -Copia del documento di identità in corso di validità del delegante**