

## DELEGA PER VISITA MEDICA A MINORE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore del minore  
\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ essendo impossibilitato a recarsi presso il CENTRO SAN DONATO SRL in Via  
Francesco Paolo Tosti, 110

### DELEGA

il Sig. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ con documento n° \_\_\_\_\_

- ad accompagnare presso il CENTRO SAN DONATO SRL in Via Francesco Paolo Tosti, 110, per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato per attività sportiva agonistica/ non agonistica;
- ad informarsi ed a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti dalla normativa e degli eventuali approfondimenti diagnostici richiesti dal medico visitatore.

Si allega alla presente la fotocopia del proprio documento d'identità.

Data

Firma leggibile del delegante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICA | POLIAMBULATORIO | RIABILITAZIONE**

**Centro San Donato S.r.l.**