DOTT. CAPPUCCIO FRANCESCO

Spec. Medicina dello Sport

Perf. Scienza dell'Alimentazione, Ipertensione Arteriosa

Socio FMSI N° 13254

**DELEGA ED AUTORIZZAZIONE ALL’ACCESSO A PRESTAZIONI**

**DI MEDICINA DELLO SPORT PER ATLETA MINORENNE**

Visto l'impossibilità da parte dei genitori ad accompagnare il figlio alla visita medico sportiva

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore dell’atleta minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara che è stata presa in visione, compilata e firmata la documentazione relativa alla nota informativa e all’espressione del consenso informato per le prestazioni di Medicina dello Sport, unitamente al questionario anamnestico;

si autorizza e si delega ad accompagnare mio/a figlio/a a rappresentarmi durante gli accertamenti di Medicina dello Sport e a gestirne la documentazione connessa con la certificazione di idoneità sportiva

la Sig.ra/il Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doc.Identità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lì\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_