



C.M.S.
CENTRO MEDICO
SPORTIVO

Via F.lli Di Dio 31/D 20096 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 22.47.76.66 - Fax 02 26.20.467
info@cms-sestosg.it www.cms-sestosg.it

Sistema Sanitario Regione Lombardia

DELEGA PER ACCOMPAGNATORE DI MINORE (compilare in stampatello)

Io sottoscritto/a _____

genitore del minore _____

nato/a a (dati minore) _____ il _____

Essendo impossibilitato/a ad accompagnare il minore per l'esecuzione di visita medico-sportiva presso il
C.M.S. CENTRO MEDICO SPORTIVO Scarl di Via Fratelli Di Dio 31/D a Sesto San Giovanni

DELEGO

Il/la Sig./Sig.ra _____

residente in via/piazza _____

comune _____ provincia _____ CAP _____

recante il documento d'identità (tipo e numero) _____

- Ad accompagnare il minore presso il C.M.S. Centro di Medicina dello Sport di Sesto San Giovanni, 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
- A compilare e sottoscrivere la raccolta dei dati clinici del minore (anamnesi)
- A sottoscrivere il consenso al test da sforzo ove tale prestazione sia prevista dal tipo di visita richiesta
- A firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dal D. lgs. 196/2003

Ed inoltre

ALLEGO

copia del mio documento d'identità.

Luogo e data _____

Firma del delegante _____