

DELEGA DA COMPILARE SOLO SE IL MINORENNE NON È ACCOMPAGNATO DA UN GENITORE

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a il/...../.....
genitore del minore
nato/a.....il,

DELEGA

Il/la Sig./sig.ra.....
nato/a il/...../.....
ad accompagnare il proprio/a figlio/a presso la Struttura Semplice di Medicina dello Sport dell'AAS 5 "Friuli Occidentale" per effettuare le prestazioni previste per il rilascio della certificazione medico-sportiva agonistica secondo D.M. 18.02.1982.

Luogo data

Firma del DELEGANTE

.....