



**DIPARTIMENTO SPECIALISTICO TERRITORIALE
S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Tel. 040/3992902

Ospedale Maggiore, Via Slataper 9, 34125 Trieste

Fax 040/3992935

e-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it

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

Io sottoscritto/a Sig/Sig.ra

nato/a a il.....

In qualità di madre/padre (o tutore/ legale rappresentante del minore) dell'atleta

.....

nato/a a il.....

delega

il sig./ra.

nato/a a il.....

ad accompagnare il minore alla visita di idoneità all'attività sportiva agonistica.

Luogo Data.....

Firma del genitore

(o tutore/ legale rappresentante del minore)

.....

In allegato:

- **Copia del documento di identità in corso di validità del delegante**

- Il delegato dovrà presentarsi alla visita con il proprio documento di identità in corso di validità