



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA U.L.S.S. N. 4  
“VENETO ORIENTALE”  
DISTRETTO SANITARIO  
U.O.S. MEDICINA DELLO SPORT

SAN DONA' DI PIAVE  
TEL 0421/227736 FAX 0421/227772  
[medsport.sandona@ulss10.veneto.it](mailto:medsport.sandona@ulss10.veneto.it)

JESOLO  
0421/388847  
[medsport.jesolo@ulss10.veneto.it](mailto:medsport.jesolo@ulss10.veneto.it)

PORTOGRUARO  
0421/396503/6506 FAX 0421/396538  
[medsport.portogruaro@ulss10.veneto.it](mailto:medsport.portogruaro@ulss10.veneto.it)

**DELEGA**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Genitore esercente la potestà genitoriale di: \_\_\_\_\_

**delego**

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

- Ad accompagnare il minore presso il Servizio di Medicina dello Sport per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica
- Ad informarsi e a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti dalla normativa
- A sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico sportiva
- A firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art. 23D Lgs. 196/3

Allego la fotocopia della mia carta di identità

Data, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma del delegante)