



**PUNTO MEDICO SPORTIVO N.G. S.R.L.**  
**CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT**

24020 Gorle (Bg) – Via Daste e Spalenga, 28/c  
-Tel. 035 302799 – P.IVA04701710164 -

Idoneità Regionale N. 615 del 3-10-1983 – Convenzionato con S.S.N. del 17-12-1984

DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA ATLETA MINORE

Io sottoscritto/a Sig/Sig.ra .....

nato/a a ..... il .....

In qualità di madre/padre di .....

Nato/a a ..... il .....

**DELEGO**

Il Sig/ la Sig.ra .....

nato/a a ..... il .....

come accompagnatore per la visita medico sportiva agonistica di mio figlio/a.

Luogo .....

Data.....

Firma del genitore .....

\*In allegato:

Copia del documento d'identità in corso di validità del delegato - Copia del documento d'identità in corso di validità del delegante