



<p>Sistema Socio Sanitario    <b>Regione Lombardia</b>  <b>ATS Brianza</b></p>	<p>Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria          UOC Medicina Preventiva nelle Comunità</p> <p>UOS Medicina dello Sport e Lotta al Doping          Via De Amicis, 17 – 20900 Monza</p> <p><a href="mailto:uo.mesp@ats-brianza.it">uo.mesp@ats-brianza.it</a></p>	<p>MODULO  <b>ATTIVITÀ          CERTIFICATORIA DEI          CENTRI DI MEDICINA          DELLO SPORT</b></p> <p><b>Delega</b></p>	 <p>edizione norma 2015</p>
---	--	--	--

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

genitore     tutore\*    (\*ai sensi del decreto del Giudice Tutelare N. ....  
 del Tribunale di..... rilasciato in data.....)

dell'Atleta \_\_\_\_\_

### DELEGO

il/la sig./ra \_\_\_\_\_

documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- ad accompagnare l'Atleta presso la UOS Medicina dello Sport e Lotta al Doping per la valutazione medica ai fini del rilascio del Certificato di Idoneità Sportiva;
- ad informarsi e a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti;
- a sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico sportiva;
- a sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati e all'esecuzione degli accertamenti se richiesti.

Sono consapevole che il Medico Specialista in Medicina dello Sport, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi o convocarmi presso il suo ambulatorio in un secondo tempo.

Allego la fotocopia della mia Carta d'Identità.

In fede

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

(firma del delegante)