




<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ATS Brianza</p>	<p>DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA</p> <p>UOS Medicina dello Sport e Lotta al Doping</p> <p>Via De Amicis, 17 – 20900 Monza</p> <p>medsport.monza@ats-brianza.it</p>	<p>MODULO</p> <p><b>ATTIVITÀ CERTIFICATORIA DEI CENTRI DI MEDICINA DELLO SPORT</b></p> <p><b>Delega</b></p>	  <p>Sistema di Gestione per la Qualità Certificato secondo la norma ISO 9001:2008</p>
--	---	---	--

## DELEGA

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 il Servizio di 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 dalla normativa;
- a sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico sportiva;
- a firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art. 23 D. Lgs. 196/2003.

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)