

MODULO DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO MINORENNI

Il/La sottoscritto/a Sig./ra.....
nato/a..... (prov.....), il.....,
residente a(prov.....), in via/piazza.....,n.....
carta di identità n., rilasciata da.....,
recapito telefonico,
in qualità di genitore del minore (nome e cognome),
nato/a a (prov.....), il

DELEGA

Il/La Sig./ra.....
nato/a..... (prov.....), il.....,
residente a(prov.....), in via/piazza.....,n.....
carta di identità n., rilasciata da.....,

ad accompagnare, in data, il minore sopra identificato a visita medica presso l'Istituto di
Medicina dello Sport di Milano.

Luogo e data Firma del delegante

Si allegano:

- 1. copia del documento di riconoscimento del genitore/tutore delegante;**
- 2. copia del documento di riconoscimento della persona delegata.**

