

**DELEGA DELL'ACCOMPAGNATORE DELL'ATLETA  
ALLA VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT  
PER IDONEITÀ AGONISTICA E NON AGONISTICA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

genitore dell'atleta \_\_\_\_\_

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

DELEGA

Il Sig/ra \_\_\_\_\_ quale accompagnatore del figlio/a ad eseguire la  
visita medico sportiva.

Firma del genitore \_\_\_\_\_

NOTA: Unitamente al presente documento la persona delegata dovrà esibire un proprio documento di riconoscimento in corso di validità e copia del documento del delegante (genitore).

Firma del delegato \_\_\_\_\_