



ASSC
Azienda Speciale di Servizi
di Casalpusterlengo

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT
Laboratorio di Fisiopatologia delle Attività Motorie

Io sottoscritto

COGNOME E NOME _____

in qualità di genitore/tutore dell'atleta minorenni

COGNOME E NOME _____

DELEGO

il sig./la sig.ra

COGNOME E NOME _____

ad accompagnare mio figlio/mia figlia alla visita medico sportiva che si terrà presso il Centro di Medicina dello Sport sito nell'AO di Casalpusterlengo in data _____.

Allego alla seguente delega fotocopia di un mio documento di identità.

Data _____

Firma _____

Per info: medicinadellosport@assc.it

