

DELEGA DA COMPILARE SOLO SE IL MINORENNE NON E' ACCOMPAGNATO DA UN GENITORE

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Il/...../.....

Genitore del minore Nato/a a

Il/...../.....

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra

Nato/a a il/...../.....

Ad accompagnare il proprio/a figlio/a presso SpondilosLab per effettuare le prestazioni previste per il rilascio della certificazione medico – sportiva agonistica secondo D.M. 18.02.1982.

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento del delegato e del delegante.

Luogo e data

Firma Delegante Firma Delegato.....