

DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO ATLETA

(per minori di anni diciotto e pazienti soggetti a legale rappresentanza)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
documento d'identità tipo _____ n. _____ in corso di
validità, telefono n. _____;

- Padre Madre Genitore affidatario
 Tutore/Curatore Ammin. di sostegno

e

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
documento d'identità tipo _____ n. _____ in corso di
validità, telefono n. _____;

- Padre Madre Genitore affidatario

del paziente _____
nato/a a _____ il _____
consapevole/i delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non
corrispondenti a verità ai sensi del D.P.R. 445/2000

- in caso di pazienti minori, dichiaro/dichiariamo di aver effettuato la scelta in osservanza delle
disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316e ss. del Codice Civile, pertanto

**DELEGO/DELEGHIAMO ED
AUTORIZZO/AUTORIZZIAMO**

Il/La Sig./Sig.ra _____
in qualità di _____
residente a _____ in via _____ n. _____
documento d'identità tipo _____ n. _____ in corso di
validità, telefono n. _____;

ad accompagnare in mia/nostra vece il suindicato paziente presso L'ISTITUTO CONSALUS,
sito in Cagliari, Via Peretti n. 1, per l'effettuazione della prestazione sanitaria VISITA MEDICO
SPORTIVA e,

- a informarsi e a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti dalla normativa
vigente in materia sportiva e agonistica;
- a prestare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679
(GDPR);

- a consegnare alla Segreteria l'anamnesi per Minori non accompagnati precompilata da uno o entrambi i genitori (modulo fornito dalla Segreteria al momento della prenotazione della visita);
- a riformare la scheda di valutazione medico sportiva prodotta dal Medico dello Sport all'atto della visita, dichiarando all'uopo il suindicato accompagnatore sufficientemente informato su ogni aspetto della suddetta visita.
- a ricevere il certificato di idoneità o la richiesta di accertamenti diagnostici aggiuntivi.

Si allega alla presente

- copia documento d'identità/riconoscimento valido del/dei delegante/i incorso di validità
- copia del documento d'identità/riconoscimento del delegato in corso di validità
- copia documento d'identità/riconoscimento del paziente accompagnato

Luogo _____ Data ___/___/_____

Firma del/i Delegante/i
