



**Azienda USL Toscana sud est**

**DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA ATLETA  
MINORENNE**

Io sottoscritto/a Sig/Sig.ra .....

nato/a a..... il.....

In qualità di madre/padre di .....

nato/a a..... il.....

**DELEGO**

Il Sig/ la Sig.ra .....

nato/a a..... il.....

come accompagnatore per la visita medico sportiva agonistica di mio figlio/a.

*Luogo..... Data.....*

*Firma del genitore*

.....

**\*In allegato:**

-Documento di identità in corso di validità del delegato

-Copia del documento di identità in corso di validità del delegante