



MEDICA SPORT MINERVA s.r.l.
Centro di medicina dello sport
Idoneità Regionale Lombardia N. 439/04-07-84
Iscrizione Registro Regionale Strutture Accreditate al n. 1271



DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO MINORENNI

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____

genitore del minore (Nome e Cognome) _____

DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____

ad accompagnare, in data _____, il minore sopra identificato ad effettuare
la visita medica presso il centro Medica Sport Minerva Srl.

Luogo e data _____

Firma del delegante _____

Si allegano:

- 1 . copia del documento di identità del genitore/tutore delegante
2. copia del documento di identità della persona delegata