

DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO ATLETA MINORE

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome del titolare di potestà genitoriale)

.....

nato/a il

Codice Fiscale C.I. (o passaporto) nr

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

☐padre ☐madre ☐genitore affidatario ☐tutore esercente la patria potestà

del minore (nome e cognome)

nato/a il

DELEGA E AUTORIZZA

il/la sig./ra (nome e cognome)

nato/a il

Codice Fiscale C.I. (o passaporto) nr

ad accompagnare con piena responsabilità il minore all'effettuazione degli accertamenti sanitari previsti per la visita specialistica di Medicina dello Sport per il giorno
a rappresentarmi nei necessari adempimenti burocratici, firmare la scheda sanitaria e a ricevere le successive informazioni sanitarie.

Il delegato, inoltre, consegnerà al Medico dello Sport il modulo anamnestico compilato e da me firmato.

Dichiara altresì che gli altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

Data Firma del Delegante

Si allegano alla presente:

1. Fotocopia del documento di identità del delegante (genitore/tutore legale).
2. Modulo anamnestico compilato e firmato da parte del delegante (SPO-MO-12 Questionario anamnestico minori)
3. Eventuale documentazione sanitaria inerente lo stato di salute del minore per presa visione da parte del Medico dello Sport.

"Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), Habilia S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, dichiara che i dati personali dell'interessato saranno trattati al fine di erogare la prestazione sanitaria richiesta, finalizzata al rilascio del certificato di idoneità per la pratica agonistica, nonché compiere i connessi adempimenti amministrativi e legali. L'informativa completa è disponibile sul sito internet di Habilia, www.habilia.it."