



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC asfo.protgen@certisanita.fvg.it

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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ___/___/_____

genitore del minore _____

nato/a _____ il ___/___/_____

DELEGA E AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il ___/___/_____

ad accompagnare il/la proprio/a figlio/a presso la Struttura Semplice di Medicina dello Sport dell'Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" per effettuare le prestazioni previste per il rilascio della certificazione medico-sportiva agonistica secondo il D. M. 18.02.1982

Pregasi allegare fotocopia del documento d'identità di delegante e delegato.

Luogo e data _____

Firma del DELEGANTE
