

SERVIZIO MEDICINA DELLO SPORT – AZIENDA ULSS 9 TREVISO -

Ambulatorio di Treviso: tel. 0422.323703 – fax 0422032377

Ambulatorio di Motta di Livenza c/o SISP di Oderzo : tel. 0422.715664

Orario: da LUNEDì a VENERDì 9/12 - per prenotazioni tel. 0422.323872

Io sottoscritto _____

Atleta e/o genitore di _____

Nato il _____ C.F. _____

Residente a _____

Con la presente

Delego

IL Sig
.....

Documento identificativo:

CARTO D' IDENTITTA' N° rilasciata da:

Al ritiro del certificato medico-sportivo dell' Atleta _____

Treviso, _____

Firma del genitore e/o Atleta

Firma del delegato

La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e da documento del delegato, ai sensi del DLGS 196/2003 e Provvedimento del Garante 9/11/2005 punro 4.

I dati sopra indicati sono trattati ai sensi del DLGS n.° 196/03 per la tutela dei dati personali.