



Azienda Sanitaria Unica Regionale

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

AUTORIZZAZIONE AUTOCERTIFICATA ACCOMPAGNAMENTO MINORI

I/il sottoscritto /i

_____ nato a _____ il _____

_____ nato a _____ il _____

quali esercenti la potestà parentale sul/i minore/i

_____ nato a _____ il _____

_____ nato a _____ il _____

autorizzano

_____ nato a _____ il _____

ad accompagnare il/i suddetto/i minore/i a visita di Medicina dello Sport (ex D.M. 18/02/1982)

Si allegano alla presente FOTOCOPIE dei DOCUMENTI d'IDENTITA' di ENTRAMBI i GENITORI

N.B. il genitore (o chi esercita la potestà genitoriale) dovrà in seguito presentarsi per fornire l'anamnesi e firmare la cartella clinica, per potere ritirare il certificato.

Luogo e data _____

In fede

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Oberdan ,2 – 60122 Ancona

C.F. e P.Iva 02175860424

Area Vasta n. 1: Sede Amministrativa Via Ceccarini,38. 61032 Fano