

Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli

SEDE DI SAN BONIFACIO

Tel.045-6138370

uosdattivamotoriasanbonifacio@aulss9.veneto.it

CUP 0456138962

SEDE DI BUSSOLENGO

Tel.045-6712683

uosdattivamotoriabussolengo@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

SEDE DI LEGNAGO

Tel.0442-622358

uosdattivamotorialegnago@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

MODULO DI DELEGA

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia di _____ Il ___/___/___

Residente a _____ Provincia di _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Genitore dell'atleta _____

DELEGA AD ASSISTERE ALLA VISITA MEDICO SPORTIVA DEL MINORENNE:

Il/la Sig.na _____

Nato/a a _____ Provincia di _____ Il ___/___/___

Residente a _____ Provincia di _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

Firma del Delegante _____

Allegare copia del documento di identità

Firma del Delegato _____

Allegare copia del documento di identità