

**STUDIO MEDICO PRIVATO DI MEDICINA DELLO SPORT**  
**DOTT. FRANCESCO MAISANO**  
DELEGA MINORENNI

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Genitore esercente la podestà genitoriale di:

\_\_\_\_\_

Delego il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

A presenziare alla visita del minore presso lo  
Studio Medico Privato di Medicina dello Sport, Dott Francesco Maisano  
ad informarsi e a consentire l'effettuazione degli accertamenti previsti dalla normativa;  
a firmare il consenso al trattamento dei dati personali.  
Sono consapevole che il Medico potrebbe richiedere la mia presenza in un secondo tempo.

Allego:

Fotocopia del mio documento d'identità.  
Questionario di anamnesi compilato e firmato.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o tutore