



UNIVERSITÀ DI PAVIA
Centro Interdipartimentale
di Ricerca di Biologia
e Medicina dello Sport



Regione Lombardia

DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO MINORENNI

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____

genitore del minore (Nome e Cognome) _____

DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____

ad accompagnare, in data _____, il minore sopra identificato ad effettuare la visita medica presso il Centro Interdipartimentale di Biologia e Medicina dello Sport dell'Università di Pavia

Luogo e data _____

Firma del delegante _____

Si allegano:

- 1 . copia del documento di identità del genitore/tutore delegante**
- 2. copia del documento di identità della persona delegata**