



# As FO

## Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

### DELEGA DA COMPILARE SOLO SE IL MINORENNE NON E' ACCOMPAGNATO DA UN GENITORE

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a .....il .../.../.....

genitore del minore .....

nato/a ..... il .....,

### DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra .....

nato/a ..... il .....,

ad accompagnare il/la proprio/a figlio/a presso la Struttura Semplice di Medicina dello Sport dell'Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" per effettuare le prestazioni previste per il rilascio della certificazione medico-sportiva agonistica secondo il D. M. 18.02.1982-

Luogo e data .....

Firma del DELEGANTE

.....