

## II SOTTOSCRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ telef \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere

il diretto interessato

il genitore (con la potestà legale)

Del minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## CHIEDO

il rilascio della cartella clinica relativa alla visita medico sportiva eseguita presso la vostra struttura

## DELEGA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**per il ritiro della cartella clinica.**

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma del interessato/ genitore/ delegante \_\_\_\_\_ (Allegare documento d'identità)

Firma del delegato \_\_\_\_\_ (Allegare documento d'identità)