



## DELEGA ED AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO MINORENNI

I sottoscritti PADRE \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residenti in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_,  
in qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale sul figlio minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

### premessso

- che il minore su indicato è tesserato per la Associazione Sportiva **Rugby Clan SMCV ASD** per la pratica sportiva del Rugby;
- che i sottoscritti dichiaranti sono consapevoli che, nell'ambito dell'attività sportiva praticata, l'atleta può subire infortuni che richiedono accertamenti sanitari e diagnostici;
- che in occasione delle partite ufficiali, il minore sarà affidato all'allenatore e al dirigente accompagnatore della società;

### DELEGA

Ed autorizza i dirigenti accompagnatori ad adottare tutte le decisioni, autorizzare accertamenti diagnostici e strumentali, fare effettuare visite mediche, in conseguenza di infortuni occorsi in gara o comunque durante la trasferta, al fine di tutelare la salute e l'integrità fisica del minore affidato, con il solo obbligo di avvertire immediatamente i sottoscritti genitori, ratificando fin d'ora e senza riserve il suo operato.

Il tutto con esonero di responsabilità della Struttura Sanitaria al riguardo.

Allegati: copia del documento di identità dei genitori; copia della tessera sanitaria del minore.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

I GENITORI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_