

DELEGA PER I MINORI NON ACCOMPAGNATI DAI GENITORI

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____ nato/a
a _____ il _____ residente in _____
via _____ n. ____; in qualità di: Padre ____ Madre ____ del minore (cognome e
nome) _____ nato a
_____ il _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci
dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a
verità,

DELEGA

in nome e per conto di entrambi i genitori il/la
Sig./Sig.ra _____
_____ Nato/a a _____ il
_____ Doc. Identità n. _____ rilasciato da
_____ ad accompagnare il proprio figlio per
effettuare le visite specialistiche e/o prestazioni sanitarie che si dovessero rendere necessarie quali
conseguenze dell'attività di partecipazione del minore alla CASTRO RUGBY ACADEMY e che qui
di seguito si elencano (risonanza, esami del sangue, accesso al pronto soccorso, somministrazione di
farmaci per emergenza, visite specialistiche ortopediche, neurologiche e cardiologiche) da effettuarsi
presso l'Ospedale Civile Santa Maria degli Angeli di Pordenone (camp di Piancavallo) / Ospedale SS
Annunziata di Sulmona (AQ) (camp di Campo di Giove).

La persona delegata è in grado di comunicare notizie in merito allo stato di salute di nostro/a figlio/a,
è in grado di ricevere informazioni in merito alla visita che riceverà nostro/a figlio/a e firmerà in
nostra vece autorizzando all'erogazione delle suddette prestazioni.

Luogo e data _____ Firma del delegante _____

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo sulla Privacy): i dati
sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono
richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Luogo e data _____ Firma del delegante _____