



CMS Centro Medico Sportivo - Via G. Mazzini, 36 - 26866 Sant' Angelo Lodigiano (LO)
Telefono 0371 90024 - C.F. e P.IVA 09919910969

MODULO PER DELEGA

Il /la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

E residente a _____

Via/piazza _____

Documento d'identità n. _____

In qualità di madre – padre

DELGO

Il/la Sig./Sig.ra _____

Documento d'identità n. _____

Ad accompagnare mio figlio/a _____

Per mio conto.

Allego fotocopia della mia carta d'identità

DATA.....

Firma del genitore

.....