



AUTORIZZAZIONE SANITARIA (Stagione Sportiva 2016 – 2017)

Noi sottoscritti Genitori dell'atleta _____

Nato il _____ a _____ (___)

Padre _____ Madre _____

in relazione al Tesseramento del proprio figlio per la società A.S.D. LIVENTINA:

AUTORIZZANO

L'Equipe Sanitaria della A.S.D. LIVENTINA, Responsabile il Dott. Paolo FAVERO:

- all'esercizio delle attività di carattere medico e fisioterapico svolte nella comune pratica sportiva;
- alla somministrazione di farmaci, sostanze, rimedi di alcun genere e natura ritenuti utili o necessari alla tutela dello stato di salute dell'Atleta;
- alla esecuzione di esami, documenti, indagini strumentali, di fatto ogni intervento ritenuto utile o necessario alla tutela dello stato di salute dell'Atleta, anche a scopo puramente preventivo;
- all'attuazione di tutte quelle manovre e/o interventi con caratteristiche d'urgenza ritenute più idonee, compresi l'accorpamento e l'eventuale ricovero presso Strutture Sanitarie appropriate;

per tutto il periodo relativo alla stagione sportiva 2016 – 2017.

Preso atto e concordano con quanto sopra esposto conferiamo alla Equipe Sanitaria della società A.S.D. LIVENTINA la nostra più completa ed incondizionata fiducia autorizzandola all'espletamento della propria attività medico-sanitaria nei riguardi di nostro figlio.

Luogo _____ Data _____

Firma del Padre _____

Firma della Madre _____

Eventuali comunicazioni:

A.S.D. LIVENTINA

Via Alcide De Gasperi, 12
31045 – Motta di Livenza (TV)
Ph. + 39 0422 861396
Fax + 39 0422 862036
liventina@virgilio.it
matr. FIGC n. 913868
c.f. / p.i. 03902810260