

RICHIESTA VISITA MEDICA AGONISTICA PER IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ n° 31 Regione Lazio
27/7/1999)

La Società Sportiva.....

Sede Sociale: Via/Piazza.....

N° civico..... Città..... C.A.P.....

Telefono..... Fax.....

C.F. o P.IVA della Società Sportiva.....

Codice affiliazione Federale.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT:

.....

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....

NATO A..... IN DATA.....

RESIDENTE IN.....C.A.P.....

VIA.....N°.....

TELEFONO.....

TIMBRO DELLA SOCIETA' E FIRMA DEL RESPONSABILE

.....

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto.....(esercente la potestà genitoriale sul minore.....)
autorizzo all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante (o per minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

**IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE
ATTUALI CONDIZIONI FISICO-FISCHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E DI NON ESSERE MAI STATO
DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO SPORTIVE DI LEGGE.**

**ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELL'ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I
MIEI DATI PERSONALI, PER LE FINALITA' CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITA' ALLA
PRATICA SPORTIVA, SECONDO LE MODALITA' E LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA
TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITA' SPORTIVE.**

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

Data

.....

.....