

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO o - NON AGONISTICO o (D.M. 18/2/1982;
Circ. Min. Sanità 31/1/1983)****LA SOCIETA' SPORTIVA**

Sede Sociale: Via..... N° Città C.A.P.

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

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**AGONISTICA** **NON AGONISTICA**

DELLA DISCIPLINA SPORTIVA

PRIMA AFFILIAZIONE **RINNOVO** (ALLEGGERE ULTIMO CERTIFICATO DELL'ATLETA IN ORIGINALE) **Per l'ATLETA:**

COGNOME..... NOME..... Nato a

il Residente in C.A.P.

Via N° Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE (IN ORIGINALE)**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto (esercente la potestà genitoriale sul minore) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

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

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E DI NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO - SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE MI IMPEGNO A NON FARE USO DI DROGHE RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL. ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

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

Data.....