

**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** (ALLEGRO 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 ..... (esercitante 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.....