RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

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

LA SOCIETA' SPORTIVA .....

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

Codice Fiscale Società Sportiva .....

Codice Affiliazione Federale.....

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

DELLO SPORT .....

Per l'ATLETA:

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

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. .....

Via ..... N°... .....

Telefono .....

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

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

Firma.....

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 LEGGE SULLA PRIVACY N. 675/96, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

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

.....

Data.....