



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT

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

La Società Sportiva

con Sede Sociale in via Nr.

Città (Prov.) CAP

Telefono Fax

Codice Fiscale Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale

CHIEDE
Visita Medico-Sportiva per Idoneità Sportiva alla Pratica

AGONISTICA **NON AGONISTICA**

dello sport **Per l'Atleta:**

Cognome Nome

Nato a (Prov.) il / /

Residente in via/p.zza Nr.

Città (Prov.) CAP

Telefono Email

Timbro e Firma del responsabile della Società Sportiva

Data Firma

Dichiarazione e Firma dell'Atleta (se minorenne, firma dell'esercente la patria potestà)

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.

Data Firma