

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

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

LA SOCIETA' SPORTIVA US FRUTTETI

Sede Sociale: Via Del Salice nr. 15 C.A.P. 44123 Ferrara telefono/ fax0532753293

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva **01184160388**.....

Codice Affiliazione Federale.....matr.630403.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA

Dello sport**CALCIO**.....per l'atleta:

COGNOME _____ NOME _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Via _____ N° ... _____

Codice Fiscale _____

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE SOCIETA'

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 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, SECONDO LE
MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA
DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

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

Data _____
