



.....
.....
.....

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; D.M. 4.3.93, D.M. 13.3.95,LR 2.5.2001, n. 10)

L' Associazione Sportiva Dilettantistica _____ con Sede Sociale a
_____ in via _____ N°: _____; C.A.P _____ ,
tel. n° _____ Codice Fiscale : _____ - Codice Affiliazione
CENTRO SPORTIVO ITALIANO : _____

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA - NON AGONISTICA

DELLO SPORT .: CALCIO A 5

Per l'ATLETA:

Cognome : _____ Nome : _____
Nato/a a : _____ Il : _____
Residente in : _____ C.A.P. : _____
Via : _____ n° : _____
Telefono : _____

Il Presidente

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 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 DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

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