

MODULO DI RICHIESTA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L' IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. Sanità 18/02/1982)

LA SOCIETA' SPORTIVA _____ CON SEDE IN:
CITTA' _____ INDIRIZZO _____
CAP _____ PROVINCIA _____
CODICE FISCALE/P.IVA _____
CODICE AFFILIAZIONE FEDERALE _____
NUM. FAX _____ TELEFONO: _____ E-MAIL _____

AFFILIATA A:

- FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE _____
 ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA _____

CHIEDE**VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA ALLA PRATICA DELLO SPORT** _____

PER L' ATLETA:

COGNOME _____ NOME _____ DATA E LUOGO DI NASCITA _____
CITTA' RESIDENZA _____ INDIRIZZO _____
CAP _____ PROVINCIA _____
CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO EMAIL _____
NUM. FAX _____ TEL. CELLULARE _____ TEL. ABITAZIONE _____

TIMBRO SOCIETA' SPORTIVA**FIRMA RESPONSABILE****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 POTESTA' 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 FINALITA' CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITA' 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 POTESTA' GENITORIALE** _____

PAG. 1 DI 1

DATA _____