|  |
| --- |
|  **RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT**  **AGONISTICO** 􀂆 **- NON AGONISTICO** 􀂆 **LA SOCIETA' SPORTIVA** ....................................................................................... Sede Sociale: Via...................................................................................................... N°.................. Città ............................................... C.A.P. ....................................... Telefono................................................ Fax.............................................................. Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva ................................................... Codice Affiliazione Federale............................. n° REGISTRO CONI ………………………………..**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** -------------------------------------------------------------------------------------------- **AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.V. 2004 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, 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 patria potestà .................................................. Data........................… |