

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

AGONISTICO - **NON AGONISTICO**

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

LA SOCIETA' SPORTIVA Associazione Sportiva Dilettantistica Alfa Omega
Sede Sociale: Via Isole del Capoverde n° 219
Città Ostia Lido C.A.P. 00121.....
Telefono.....065611749 Fax.....
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva ... 06833200584 / 01627321001.....
Codice Affiliazione Federale.....F.I.P. 000592

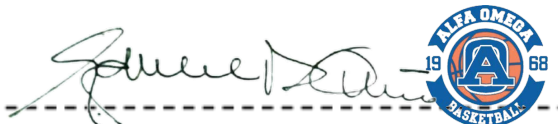
CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

DELLO SPORTPALLACANESTRO

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.....