



Richiesta visita medica per idoneità allo sport (Legge regionale 09/07/2003 n° 35)

L' ASD/SSD _____ C.F. o P.I. _____

Sede sociale: Indirizzo _____ n° _____

Città _____ Cap _____ Tel: _____

CHIEDE la visita Medico Sportiva per IDONEITÀ SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA **NON AGONISTICA**

DELLO SPORT _____

PER L'ATLETA:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ CAP _____

INDIRIZZO _____ TEL _____

Numero di tessera CSEN _____

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE _____

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004

Il sottoscritto _____ esercente la patria potestà sul minore

_____ acconsente all'effettuazione degli 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 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 _____