**Centro Sportivo Educativo Nazionale – C.S.E.N.**

**Comitati Firenze e Prato – Viale Europa 95, Firenze • 055613448 • info@csenfirenze.it**

**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