|  |
| --- |
| **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........................… |