

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)

L'Associazione Sportiva Dilettantistica ASD PODISTICA SOLIDARIETA'

Sede Sociale: Via Dello Scalo Di San Lorenzo n. 16

Città ROMA - C.A.P. 00185 - Telefono 3382716443 - Fax NO

Codice Fiscale 97405560588 - Partita I.V.A. 11928291001

Codice Affiliazione Federale FIDAL RM069

CHIEDE la Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA X - NON AGONISTICA

DELLO SPORT CICLISMO

Per l'ATLETA:

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Via _____ N° _____

Telefono/Cellulare _____

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

ASD PODISTICA SOLIDARIETA'

Il Presidente

Giuseppe Cocchia

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

Il sottoscritto (esercente la potestà genitoriale sul minore) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

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 potestà genitoriale

.....

Data.....