

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA'
ALLO SPORT NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVAA.S.D. PALLAVOLO DECOLLATURA.....

Sede Sociale: PIAZZA DELLA VITTORIA

N° snc CittàDECOLLATURA (cz)..... C.A.P. ... 88041.....

Telefono..... 3803748147 Fax..... 096861669

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva02271620797.....

Codice Affiliazione Federale..... 170800098

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA NON
AGONISTICA DELLO SPORT..... "PALLAVOLO"**

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

Codice Fiscale

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

A.S. Pallavolo Decollatura
IL PRESIDENTE
Mario MARASCO

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/NON
AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN
MATERIA.**

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

.....
Data.....