

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA'  
ALLO SPORT NON AGONISTICO**   
(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVA .....A.S.D. PALLAVOLO DECOLLATURA.....  
Sede Sociale: .... PIAZZA DELLA VITTORIA .....  
N° snc ..... Città ....DECOLLATURA (cz)..... C.A.P. ... 88041.....  
Telefono..... 3803748147 ..... Fax..... 096861669 .....  
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva .....02271620797.....  
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.....