RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA

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

LA SOCIETÀ SPORTIVA **ASD SC Alessandro Rosina** con Sede Legale in **Via Lungomare**, **snc - 87020 Bonifati / Cittadella Del Capo (CS), Tel: 328 4163417 / 342 8745511 - C.F. 96027880788 - Matricola FIGC 68469**
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale F.I.G.C..

CHIEDE

VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITÀ SPORTIVA ALLA PRATICA SPORTIVA DELLO SPORT CALCIO

PER L'ATLETA:

COGNOME_____ **NOME**_____

Nato a_____ **il**_____

Residente / Domiciliato in_____

Via_____**N°**_____

Telefono_____ **Codice Fiscale**_____

Una visita medico-sportiva per l'idoneità non agonistica dello sport CALCIO:

☐ **Rinnovo** ☐ **Prima Visita**

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE

ASD SC ALESSANDRO ROSINA Matricola 68469

_____

Il/La sottoscritto/a_____

Esercente la Patria Potestà sul minore_____

Dà il consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

FIRMA

_____

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER 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 AFFERMO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.
ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELL'ATTUALE LEGGER SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I MIE DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

FIRMA DELDICHIARANTE (PER I MINORI DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ)

_____

LUGO E DATA_____