

**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)

LA SOCIETA' SPORTIVA . A.S.D. Associazione BALdassarrese Culturale e Sportiva
Sede Sociale: Via..F. Trizio (LE). N°..39. Città Villa Baldassarri C.A.P. . 73010..
Telefono...340 8067853..mail associazione@villaabacus.it le605@fidal.it
Codice Fiscale della Società Sportiva 93063310754
Codice Affiliazione Federale.**LE605**


**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

Il Presidente Giovanni Dell'Atti		A.S.D. Associazione BALdassarrese Culturale e Sportiva Via F. Trizio 39, 73010 Villa Baldassarri (LE) cell. 340 8067853 associazione@villaabacus.it sito internet www.villaabacus.it C.F.93063310754 - FIDAL LE605
---	--	---

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 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/NON
AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI
SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.**

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

.....

Data.....