

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

La società sportiva: **A.s.d. PUROSANGUE ATHLETICS CLUB**
Sede Sociale: Via Colonnella Patraschia 56 – 00010 – San Polo dei Cavalieri (RM)
Codice Fiscale/P.iva: 01330660521
Codice Affiliazione Federale Fidal Lazio: **RM 311**

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA - NON AGONISTICA

Finalizzata alla pratica sportiva della : **ATLETICA LEGGERA**

Per il seguente atleta in corso di iscrizione/regolarmente tesserato per l'anno 201_ con la A.s.d. Purosangue Athletics Club

COGNOME NOME _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ C.A.P. _____
in via/piazza _____ N° _____
Telefono _____
Nr. Tessera Fidal _____

Firma del Responsabile

Il Presidente A.s.d. Purosangue Athletics Club
Sandro DI MARZIO



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 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 di cui alla specifica normativa in materia.
Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

Data

Dichiarazione per atleti minori di età.

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

Firma

Data
