

(modulo elaborato da: SPORT & MEDICINA)

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO
(Legge Regionale 09/07/2003 n° 35)**

LA SOCIETA' SPORTIVA

Sede Sociale: Via.....

N°..... Città C.A.P.

Telefono.....Fax.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

.....
Codice Affiliazione Federale.....

**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

**TENNIS CLUB
LIMONAIA**
Via XX Settembre 200 - Tel. 445413
SESTO FIORENTINO (Firenze)

Il sottoscritto (esercitante 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.....