

**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**
Sede Sociale: Via n° Città
C.A.P. Telefono Fax
Codice Fiscale 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 a il Residente in
C.A.P. Via n° Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

AUTODICHIARAZIONE IL REGOLAMENTO EU 679/2016 (GDPR)

Il sottoscritto (esercente la potestà genitoriale sul minore
.....) dà il consenso all'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 PSICOFISICHE, 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.

Data

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

.....

.....

DIAGNOSTICA | POLIAMBULATORIO | RIABILITAZIONE

Centro San Donato S.r.l.