

liberatletica

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 LIBERATLETICA
Sede Sociale: Via L. GO V. BACIGALUPO
N° 33 Città ROMA C.A.P. 00142
Telefono 3387736483 Fax
Codice Fiscale Società Sportiva 06346461004
Codice Affiliazione Federale RM 014

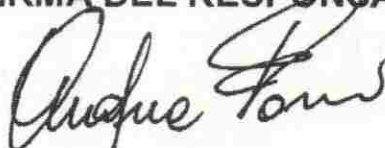
CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA - NON AGONISTICA

DELLO SPORT ATLETICA LEGGERA

Per l'ATLETA:

COGNOME NOME
Nato a il
Residente in C.A.P.
Via N°
Telefono

FIRMA DEL RESPONSABILE



Il sottoscritto (esercente 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 LEGGE SULLA PRIVACY N. 675/96, 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

.....