

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

La Società Sportiva A.S.D. Liberatletica Codice affiliazione Federale RM014

chiede la visita medico sportiva per idoneità alla pratica AGONISTICA / NON AGONISTICA
di ATLETICA LEGGERA per l'atleta:

COGNOME.....NOME.....

Nato a.....il.....

Residente a.....CAP.....

Via.....N°.....

Telefono.....

Il responsabile



A.S.D. Liberatletica
Via Alberto Ascari, 257
00142 ROMA
P. IVA 06346461004
info@liberatletica.it

Il sottoscritto.....esercitante la patria potestà sul minore

.....dà il consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

Io sottoscritto dichiaro di avere informato 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. 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, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Firma del dichiarante e (per i minori) dell'esercitante la patria potestà.....