



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

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

L'ASSOCIAZIONE SPORTIVA NUOVA VALLE AURELIA

Sede Sociale: Via Ettore Stampini 36, Roma, C.A.P. 00167

Telefono: 389 5635677 - Codice Fiscale: 08040490586 - Codice Affiliazione Federale 81243

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per:

IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT CALCIO

Per l'ATLETA:

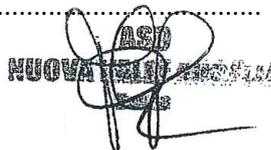
COGNOME..... NOME

Nato a il Residente in (Città)

Via N° C.A.P.

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE



AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto (esercente la potestà genitoriale sul
minore) dà il consenso alla 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 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 E LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA
SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.**

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

.....

Roma il