

**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:

G.S. RINASCITA VOLLEY FIRENZE ASD
Via E. Nencioni N° 21
Città FIRENZE C.A.P. 50135

Telefono **3939659460**

Mail rinascitavolley@libero.it

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva **03815320480**
Codice Affiliazione Federale **100470166**

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

DELLO SPORT PALLAVOLO

Per l'ATLETA:

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

Nato a il

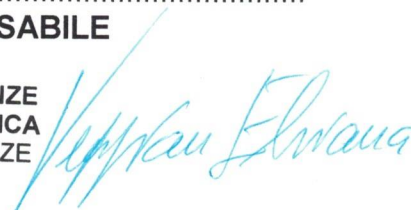
Residente in C.A.P.

Via N°.....

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

**G.S. RINASCITA VOLLEY FIRENZE
ASS. SPORTIVA DILETTANTISTICA**
Via E. Nencioni, 21 - 50135 FIRENZE
P.IVA 03815320480



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

Data.....