

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. Sanità 18/2/1982)

LA SOCIETA' SPORTIVA **S.G.SOLARIS ASD**

Sede Sociale: Via c/o Palazzetto dello Sport, via delle Olimpiadi 4 N°

Città **Formigine (MO)** C.A.P. **41043**

Telefono **059-557152** Fax **059-557152**

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva C.F. **02213230366**

Codice Affiliazione Federale **FGI- 06\1194** iscritta nel Registro Nazionale (RAS)

CHIEDE**Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**☐ **AGONISTICA**☐ **NON AGONISTICA****DELLO SPORT****Per l'ATLETA:** COGNOME NOME

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono Cellulare

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE della Società Sportiva*Giuliano Belboni*

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

AUTODICHIARAZIONE

(Decreto Legislativo 196/03)

Io sottoscritto do il consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma dell'atleta

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.

ESPRIME 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, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

Firma dell'atleta

Data