

RICHIESTA VISITA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. 18/02/1982; Circ. Min. Sanità 31/01/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/07/1999)

L'Associazione Sportiva Dilettantistica 6 in movimento asd Sede sociale: Roma – Via di Vigna Stelluti 157– 00191 Codice fiscale 15361391004

Chiede la visita medico sportiva per idoneità sportiva alla pratica

AGONISTICA

NON AGONISTICA

Per lo SPORT: ATLETICA LEGGERA – PODISMO

Per l'atleta:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Via _____ N° _____

Telefono _____

Email _____

Documento di identità _____

FIRMA DEL RESPONSABILE 6 in movimento asd

Il Presidente (Simone Giocondi)

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

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. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo del 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 agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Data _____ Firma _____