

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/01/1983/983; Circ. n°31 Reg. Lazio 27/07/1999

La Società sportiva _____

Con sede legale in Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

CF o P.IVA _____

Tel. _____ Mail _____

Codice Affiliazione Federale _____

Chiede una **VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITÀ SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA** per lo
SPORT _____ per il proprio atleta

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

PRIMA AFFILIAZIONE ☐

RINNOVO ☐

Firma e timbro del Responsabile

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

Il sottoscritto _____ (esercente la potestà genitoriale
sul minore _____ dà il consenso all'effettuazione dei relativi
accertamenti di idoneità.

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

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISCHE, 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.

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

Data _____