

**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)

LA SOCIETA' SPORTIVA: A.S.D. Civitavecchia Volley
Sede Sociale: Via M. Buonarroti N°184/C
Città : Civitavecchia C.A.P. 00053
Telefono: 0766 24843 Fax: 0766 24843
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva: 09376841004
Codice Affiliazione Federale: 120601044

CHIEDE

**Visita Medico Sportiva per
IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA 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

Il sottoscritto (esercente la patria potestà sul
minore) dà il consenso alla
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

**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 DI CUI ALLA SPECIFICA
NORMATIVA IN MATERIA.**

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

.....

Data.....