

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

(D.M. Sanità 18.02.1982; Circ. Min. Sanità 31.01.1983; Cir. n° 31 Regione Lazio 27.07.1999)

Società Sportiva: Point 2000 S.S.D. a.r.l.

Sede: Via Ugo Ojetti 134 - 00137, Roma

Telefono: 06-821356

Codice Fiscale e P.Iva: 05154811003

Codice Affiliazione ASI: LAZ-RM4453

POINT 2000 S.S.D.r.l.
Via Ugo Ojetti 134
00137 Roma
P.Iva 05154811003

CHIEDE

per il proprio atleta _____
nato a _____ il _____
residente a _____ PR _____
in Via/Piazza _____ nr _____
Telefono _____ E-mail _____

una visita medico-agonistica per l'idoneità alla pratica dello sport: _____

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

DICHIARO di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni di salute psico-fisica, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo nelle precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno, inoltre, a non far 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 dell'attuale norma 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 di cui alla specifica normativa in materia.

DATA _____

FIRMA del Dichiarante o per i minori dell'esercente la patria potestà