

ALLEGATO B

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT-NON AGONISTICO

LA SOCIETA' SPORTIVA: ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTI STV et

Sede Sociale: A.S.D. Città: MURO LECCESE C.A.P.: 73036

Telefono: 0836 34 2982 mail:

Codice Fiscale Società Sportiva: 92007820753 Codice Affiliazione Federale: 9172

CHIEDE

VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA NON AGONISTICA

DELLO SPORT: _____

PER L'ATLETA:

COGNOME..... NOME.....

Nato a..... il.....

Residente in..... C.A.P.

Via..... N°.....

Telefono.....

Timbro e firma del responsabile
Associazione Sportiva Dilettantistica
...!!Tempo Libero!!...
Sito Maria di Miggiano
Stazione Stadio - Muro Leccese
73036 MURO LECCESE (LE)
Codice Fiscale 92007820753 - P. IVA 03289640751

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

Il sottoscritto:.....(esercente la potestà genitoriale sul minore:.....) dà il consenso all'accertamento della idoneità sportiva.

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

Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psichiche, 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 sensibili, per le finalità commesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Data:.....

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