

MODULO DA PORTARE ALLA VISITA MEDICA COMPILATO E FIRMATO IN TUTTE LE SUE PARTI, UNITAMENTE AL REFERTO DELLE URINE.

COMPILAZIONE A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. Sanità 18/2/1982)

LA SOCIETA' SPORTIVA ASD GS SPEZZANESE

Sede Sociale: Via Ghiarella N° 255

Città Fiorano Modenese C.A.P. 41042

Telefono 347-0842135 Fax

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva 02256390366

Codice Affiliazione Federale 080370253

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA

DELLO SPORT

Per l'ATLETA: COGNOME.....NOME.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono Cellulare

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE della Società Sportiva



COMPILAZIONE A CURA DEL GENITORE

AUTODICHIARAZIONE

(Decreto Legislativo 196/03)

Il sottoscritto, genitore di
dà il consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del genitore

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISCHE DEL PROPRIO FIGLIO/A, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI, E CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NON E' MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO-SPORTIVE DI LEGGE.

ESPRIME INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I DATI PERSONALI E SENSIBILI DEL PROPRIO FIGLIO/A, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

Firma del genitore

Data