

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. Sanità 18/2/1982)

LA SOCIETA' SPORTIVA **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 ail

Residente in C.A.P.

Via N°

TelefonoCellulare

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE della Società Sportiva



A.S.D.
G.S. SPEZZANESE
 Via Ghiarella 255 - Spezzano (MO)
 P.I. 02256390366

AUTODICHIARAZIONE

(Decreto Legislativo 196/03)

Io sottoscritto do il consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma dell'atleta.....

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.

ESPRIME 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, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

Firma dell'atleta

Data