



## S.S. LAZIO ATLETICA LEGGERA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

Affiliata FIDAL – RM050 – Affiliata FISPES – RM059  
Codice Fiscale 96045670583 – PI 14710441008  
Sede Via Filippo Corridoni, 14 – 00195 – Roma - Italia  
Tel. 0637517331 Cell. 3392884633

[segreteria Lazio atletica@gmail.com](mailto:segreteria Lazio atletica@gmail.com)

[info@sslazioatletica.org](mailto:info@sslazioatletica.org)

[www.sslazioatletica.org](http://www.sslazioatletica.org)

### RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT ATLETICA LEGGERA

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

**LA SOCIETA' SPORTIVA SS LAZIO ATLETICA LEGGERA ASD** Codice Affiliazione **FIDAL RM050**  
**CHIEDE VISITA MEDICA SPORTIVA PER IDONEITA' ALLA PRATICA DELLO SPORT ATLETICA LEGGERA**

AGONISTICO

NON AGONISTICO

Per l'ATLETA:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ TIPO DOCUMENTO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ SCADENZA IL \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

S.S. LAZIO ATLETICA LEGGERA  
A.S.D. – RM050  
IL PRESIDENTE  
Gabriele CHIOCCA  
(Tessera FIDAL RM8629)

DATA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_ dà il consenso alla pratica della disciplina sportiva e all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

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

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 DI ESSERE INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.

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

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 E LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

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

Data \_\_\_\_\_