



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' 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 LAZIO ATLETICA LEGGERA 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)

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-
FISCHE, 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 ALCOL.**

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 _____