



FIRENZE 2

BASKET

(modulo elaborato da: SPORT & MEDICINA)

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO - NON AGONISTICO

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

LA SOCIETA' SPORTIVA A.S.D. FIRENZE 2 BASKET
 Sede Sociale: Via VIA VITAMAGNA, 41 A
 N° Città FIRENZE C.A.P. 50126
 Telefono 055-6530105 Fax 055-2372060
 Codice Fiscale o Partita IVA della Società
 Sportiva 04903330480
 Codice Affiliazione Federale 004718

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA - NON AGONISTICA

DELLO SPORT PALLACANESTRO

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....
 Nato a il
 Residente in C.A.P.
 Via N°
 Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Il sottoscritto (esercente la patria potestà sul minore) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

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 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 E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

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

.....

Data.....