

# A.S.D. FIRENZE 2 BASKET

SITO WEB . WWW.FIRENZE2BASKET.IT



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
AGONISTICO  – NON AGONISTICO   
(D.M. 18.2.1982; Circ. Min. Sanità 31.1.1983, Legge Reg. Toscana 35 del 9.7.2003)

La Società Sportiva **A.S.D. FIRENZE 2 BASKET**  
Domicilio fiscale: **Via Villamagna, 41/A**  
50126 **FIRENZE**  
Partita IVA **04903330480** – telefono: **335-5851898** – **055-6530105**  
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: .....

~~Associazione Sportiva Dilettantistica~~  
~~FIRENZE 2 BASKET~~  
~~Via Villamagna, 41/A~~  
~~50126 FIRENZE~~  
~~Partita IVA 04903330480~~

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 \_\_\_\_\_