

RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA AGONISTICA

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

L'Associazione Sportiva Dilettantistica **ASD FAUL JUDO VITERBO**,
con sede sociale in Via della Mazzetta 1/a, 01100 Viterbo,
Cod.Fisc.: **90097610563**, Codice Affiliazione Federale **12VT2966**

chiede

visita Medico-Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA alla pratica AGONISTICA di JUDO
per l'atleta

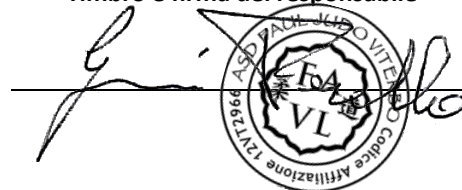
Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Luogo e indirizzo di residenza

Codice Fiscale

Timbro e firma del responsabile



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

Il sottoscritto.....

(esercente la potestà genitoriale sul minore)

dà il consenso alla 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 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 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