



**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 GRUPPO MTB PEDALANDO A.S.D.

Sede sociale: via G. Pitre N. 13 Città: ROMA CAP: 00162

Telefono: 0647714183 Fax: 0689280620

Codice fiscale della società **97410060582**

Codice affiliazione federale: **24956**

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

DELLO SPORT: CICLISMO

Per L'ATLETA:

COGNOME NOME

Nato a: il:

Residente in: CAP:

Via: N.:

Telefono:

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

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

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

Firma

**IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER 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 DELL'ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL
CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE
FINALITA' CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITA' ALLA PRATICA
SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA SECONDO LE MODALITA' E LE
PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE
ATTIVITA' SPORTIVE.**

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

.....

Data: