

P. F.

APS Polisportiva d. FUTURA

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

LA SOCIETA' SPORTIVA:

APS POLISPORTIVA DILETTANTISTICA FUTURA

Sede Sociale: VIA DONIZETTI, 44 Città: MINERVINO DI LECCE C.A.P: 73027 Telefono: 3395335113 mail: pol_futura@tiscali.it Codice Fiscale 92013420754
Codice Affiliazione Federale: 911806 (LND/FIGC) – 20007304 (UISP)

CHIEDE

VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA NON AGONISTICA DELLO SPORT: CALCIO A 5 – PALLAVOLO - NUOTO

PER L'ATLETA:

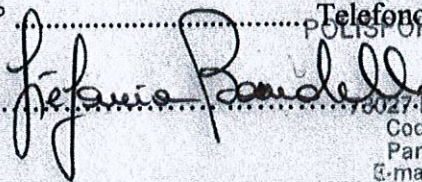
COGNOME..... NOME.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N° Telefono

Timbro e firma del responsabile



POLISPORTIVA DILETTANTISTICA
FUTURA
Via Donizetti, 44
73027 MINERVINO DI LECCE (LE)
Cod. Fisc. 92013420754
Part. IVA 03574450759
E-mail: pol_futura@tiscali.it

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

Il sottoscritto:.....,(esercente la potestà genitoriale sul minore:) dà il consenso all'accertamento della idoneità sportiva. Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale (stampatello)

Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, 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.

Data:.....

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

.....