

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO**
(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

**LA SOCIETA' SPORTIVA a.s.d. UNIONE SPORTIVA PAVULLESE "Romeo
Venturelli"**

Sede Sociale: Via Giardini n.185, 41026 Pavullo nel Frignano

Telefono.....Fax.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva: 94169360362

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

DELLO SPORT: MOUNTAIN BIKE

Per l'ATLETA:

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

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

A.S.D. UNIONE SPORTIVA PAVULLESE

"ROMEO VENTURELLI"

Via Giardini 185

41026 PAVULLO N/F (MO)

P. IVA 03496160361 - C.F. 94169360362

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.....