

**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.....