



a.s.d. Unione Sportiva Pavullese "Romeo Venturelli"

Via Giardini, 185
41026 Pavullo nel Frignano (MO)
P.IVA: 03496160361 C.F.: 94169360362

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

a.s.d. Unione Sportiva Pavullese "Romeo Venturelli"
con sede a Pavullo nel Frignano (Mo) in Via Giardini, 185

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per **IDONEITÀ SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA**
dello **SPORT MOUNTAIN BIKE**

per l'**ATLETA:**

COGNOME NOME

Nato a il

Residente a C.A.P.

Via N°

Telefono

a.s.d. UNIONE SPORTIVA PAVULLESE
"ROMEO VENTURELLI"
Via Giardini, 185
41026 PAVULLO N.F. (MO) ☐
P.IVA 03496160361 C.F. 94169360362

IN CASO DI MINORI

Il sottoscritto (esercente la patria podestà 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 CONCESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

Firma del dichiarante o (per minori) dell'esercente la patria podestà.

Firma

Pavullo nel Frignano,