



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

La società sportiva ASD Evergreen Civitavecchia con sede sociale in via Largo Giovanni XXII n° 1 a Civitavecchia C.A.P. 00053 Telefono 3387963041 e-mail asd.evergreen.cv@gmail.com partita IVA 10506431005 codice affiliazione Federale matr. 936711 - codice affiliazione Coni 225500.

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA - NON AGONISTICA

relativo allo sport calcio

per l'atleta _____

nato a _____ il _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Via _____ N° _____

Telefono _____

Il presidente
dell'ASD Evergreen Civitavecchia



AUTODICHIARAZIONE

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

Il sottoscritto _____ esercente la potestà genitoriale sul minore
_____ dà il consenso alla effettuazione dei
relativi accertamenti di idoneità.

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

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 e le procedure previste dalle leggi sulla tutela
sanitaria delle attività sportive.

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

Data.....