

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT-NON AGONISTICO**

**LA SOCIETA' SPORTIVA :**

ASD SALENTO TORNEI

Sede Sociale: Martignano (LE), Via Villa n. 1 C.A.P: 73020

Telefono: 327/1729093 mail: [info@salentotornei.it](mailto:info@salentotornei.it)

Codice Fiscale Società Sportiva: 05298810754

**CHIEDE**

**VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT: MULTISPORT**

**PER L'ATLETA:**

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

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

Telefono .....

**Timbro e firma del responsabile**

**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 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.

Data:.....

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

.....