

## RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(Legge Regionale 09/07/2003 n°35)

**LA SOCIETA' SPORTIVA** ..... C.F. o P.I. ....  
Sede Sociale: Via ..... N° .....  
Città e C.A.P. .... Telefono/Fax/mail .....  
Cod. Affiliazione Federale .....

### CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

**AGONISTICA**  - **NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT** ..... **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.V. 2004

Il sottoscritto ..... esercente la patria potestà sul minore  
..... acconsente alla effettuazione degli 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, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

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

Data .....

**diagnosys**  
s.r.l.

Via Lepanto, 21/23 – 59100 Prato

Tel. 0574 25063 – 0574 31303 [www.diagnosysprato.it](http://www.diagnosysprato.it)