

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

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

LA SOCIETA' SPORTIVA PGS.Borgo Ragazzi Don Bosco.....
Sede Sociale: Via.....Vla Prenestina 468.....
N° 468.....Città.....Roma.....C.A.P.....00171.....
Telefono.....0625212567.....Fax.....
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva.....059671004.....
Codice Affiliazione Federale.....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA ☐ - NON AGONISTICA ☐**

DELLO SPORTcalcio a 5.....

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....
Nato ail
Residente inC.A.P.
ViaN°
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 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.....