

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

D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983

**LA SOCIETA' SPORTIVA CIRCOLO TENNIS "ANTONIO MONACO"**

Sede Sociale: Via San Giorgio N° 1

Città Amantea (CS) C.A.P. 87032

Telefono 348 7448330 392 9481925 Fax \_\_\_\_\_

Affiliata a  FEDERAZIONE SPORTIVA

ENTE DI PROMOZIONE RICONOSCIUTA DAL C.O.N.I.

**CHIEDE**

**VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT TENNIS**

**PER L'ATLETA :**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente/ Domiciliato in** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ( **esercante la patria potestà 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 AFFERMO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.**

**ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELL'ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.**

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

.....

Data \_\_\_\_\_