

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT

D.M. 18 febbraio 1982 - Circolare Ministero della Sanità 31 gennaio 1983 - Circolare Regione Lazio n. 31 del 27 luglio 1999

La Società Sportiva _____ con sede sociale in
Via\Piazza _____ n. ____ a _____ (____)
CAP _____ Telefono _____ Mail _____ Codice fiscale
o Partita IVA _____ Codice Affiliazione Federale _____

CHIEDE

la visita medico sportiva per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva AGONISTICA dello sport:

Per l'atleta:

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____
_____ (____) il _____ Codice fiscale _____ Residente in
Via\Piazza _____ n. ____ a _____ (____)
CAP _____ Telefono _____

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA SOCIETÀ SPORTIVA

DICHIARAZIONE DELL'ATLETA O DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____
agendo:

☐ in proprio

☐ quale esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____
nato/a _____ il _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci, con riferimento all'atleta sopra indicato

DICHIARA

- di acconsentire all'effettuazione degli accertamenti previsti per il rilascio del certificato di idoneità sportiva;
- di aver fornito al medico informazioni esatte e complete sulle attuali condizioni psico-fisiche e sulle affezioni precedenti;
- che non è mai stato espresso un giudizio di non idoneità in precedenti visite medico sportive;
- che non viene fatto uso di sostanze vietate;
- che è stata data informazione dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcol;
- di aver ricevuto e letto l'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, disponibile presso la reception del centro e sul sito www.grupposanismart.it.

Roma, _____

Firma _____