

Associazione Sportiva Dilettantistica " Soccer Veglie "

Sede: via c.a.dalla chiesa, 7 – 73010 Veglie (LE) - ☎ 380 / 7866299

ALLEGATO "B"

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO PER L'IDONEITÀ ALLO SPORT
- NON AGONISTICO -**

(D.M. 18-2-1982 - DD.MM. Salute 24.04.2013 e 08/08/2014)

La Società Sportiva "A.S.D. Soccer Veglie" con sede in Veglie alla via c.a. dalla chiesa n° 7,

CHIEDE

VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA NON AGONISTICA

per il proprio atleta:

Cognome: Nome:

nato a: pr. (.....) il/...../.....

residente a: pr. (.....) via

C.F. Tel.

☐ prima visita

☐ rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

IL PRESIDENTE

A.S.D.
(timbro e firma)
SOCCER VEGLIE

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto (1) n.a il/...../19....

in qualità esercente la potestà sul minore dà il

consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

data

Firma.....

Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, 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 agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

....., li/...../.....

(firma esercente potestà genitoriale)

(1) nome, cognome, residenza, titolo della potestà (genitore, tutore)