

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO
(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA NIKITE SNOWKITE SCHOOL Associazione Sportiva Dilettantistica ASD con Sede Sociale in Via Repubblica, 58 Sarezzo (BS) C.A.P 25068 Telefono 327.2041363 Codice Fiscale 92017950178 Codice Affiliazione CSEN N.56953

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT Vela e Sci/snowboard (B1)

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....
Nato a il
Residente in C.A.P.
Via N° Telefono.....

Firma del Presidente

Nikite Snowkite School
Associazione Sportiva Dilettantistica

Via Repubblica, 58 - 25068 SAREZZO (BS)
www.nikite.it - info@nikite.it
C. F.: 92017950178

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

Il sottoscritto (esercente 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 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.....