ALBANO BASKET
Via Vascarelle, 110
00041 - Albano Laziale (RM)
Codice FIP 000729

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 A.D. ALBANO BASKET CLUB
Sede Sociale: Via VASCARELLE
N° 110 Città ALBANO L. (Rm) C.A.P. 00041
Telefono 06 93010088 Fax /
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva 07592821008
Codice Affiliazione Federale FIP 000729

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

DELLO SPORT PALLACANESTRO

Per l'ATLETA:

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

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

ALBANO BASKET
Via Vascarelle, 110
00041 - Albano Laziale (RM)
P.I. 07592821008
Tel/Fax 06 93010088
email: albanobasket@gmail.com

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.....