

**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 **ASD ZANSHIN DOJO CASTELLI ROMANI** con Sede Sociale: Via del Crocifisso, snc - Ariccia  
Telefono 3476126552 - Codice Fiscale 90079780582 – Iscrizione Registro CONI num. 239008

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**

**AGONISTICA**  **NON AGONISTICA**

Per la disciplina .....

**Per l'ATLETA:**

COGNOME.....NOME.....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

Telefono .....

*TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA ASD*

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

Il sottoscritto .....

(esercitante la patria potestà sul minore .....) )

da il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

*Firma*.....

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISCHE, 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'esercitante la patria potestà* .....

*Data*.....