



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO **NON AGONISTICO**
 (D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVA Sezione Braccio di Ferro Italia Sede Sociale: Via Repubblica , N°22
a Roè Volciano (BS) -C.A.P. 25077 Telefono 347 – 6499125 Fax 0365 -556239 Codice Fiscale
o Partita IVA della Società Sportiva 01936770989 Codice Affiliazione Federale: CSEN n°21123
CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA **NON AGONISTICA**

DELLO SPORT Braccio di Ferro (Pesistica)

Per l'ATLETA:

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



Il sottoscritto (esercente la patria potestà sul minore) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

**IOSOTTOSCRITTODICHIARODIAVEREINFORMATOESATTAMENTEILMEDICODELLEMIEATTUALICONDIZI
 ONIPSICO-
 FISICHE,DELLEAFFEZIONIPRECEDENTIEDINONESSEREMAISTATODICHIARATONONIDONEOINPRECED
 ENTIVISITEMEDICO-
 SPORTIVEDILEGGE.INOLTREMIIMPEGNOANONFAREUSODIDROGHERICONOSCIUTEILLEGALIEDOATTO
 DIESSERESTATOINFORMATODEIPERICOLIDERIVANTIDALFUMODITABACCOEDALL'USODIALCOOL.ESP
 RIMOINOLTRE,AISENSIDELLAATTUALELEGGESULLAPRIVACY,ILCONSENSOATRATTAREIMIEIDATI,PER
 SONALIESENSIBILI,PERLEFINALITÀCONNESSEALLAMIARICHIESTADIIDONEITÀALLAPRATICASPORTIV
 AAGONISTICA/NONAGONISTICA,SECONDOLEMODALITÀDICUIALLASPECIFICANORMATIVAINMATERIA.**

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....