

ALLEGATO B

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT NON AGONISTICA

LA SOCIETA' SPORTIVA SMARE'

Sede Sociale: via doppia croce 17, 73040 Castrignano del Capo

Telefono 3425139435 – 0833758110 email: info@smare.it

Codice fiscale società sportiva: 90024100753

Codice affiliazione Federazione Italiana Vela: 2030

CHIEDE

VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA DELLO SPORT DELLA VELA

PER L'ATLETA:

COGNOME _____ NOME _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ CAP _____

Via _____ N° _____

Telefono _____

Timbro e f



SMARE' SOCIETA' SPORTIVA
PILETTANTISTICA s.r.l.
Via Doppia Croce, s.n.
73040 CASTRIGNANO DEL CAPO (FE)
Tel. 0833 758110 Cell. 3425139435
P.IVA 04203500758

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

Il sottoscritto: _____, esercente la potestà genitoriale sul
minore: _____, dà il consenso all'accertamento della idoneità
sportiva.

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

(stampatello) _____

Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico nelle 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 dell'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/non agonistica**, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Data _____

Firma del dichiarante o (per i minori)
dell'esercente della potestà genitoriale
