



A.S.D.CITTA' DI OTRANTO
VIA ALIMINI 1
73028 OTRANTO

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
NON AGONISTICO**

LA SOCIETA' SPORTIVA A.S.D CITTA' DI OTRANTO

Sede Sociale: Via ALIMINI 1

Città OTRANTO

C.A.P 73028

Telefono 329 7482772

Codice Affiliazione Federale 952799

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

Per l'ATLETA:

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

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono



TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Giovanni Mazzeo

Firmato digitalmente da Giovanni Mazzeo
Data: 2023.08.30 08:42:25 +02'00'

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

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

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

.....

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/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

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

.....

Data.....