

**RICHIESTA VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITA'
AGONISTICA - NON AGONISTICA**

IO CAMILLA BARUZZI PRESIDENTE DELLA SOCIETA' SPORTIVA :

ASSOCIAZIONE VELA LAGO DI LEDRO A.S.D.

Sede sociale : Via ALZER 9

PIÈVE - LEDRO 38067 TEL. +39 389 6261480

Cod. fisc. -Part. IVA 93002040223

Codice affiliazione Federale : 408 - FEDERAZIONE ITALIANA VELA

**Chiedo : Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA E
NON AGONISTICA.**

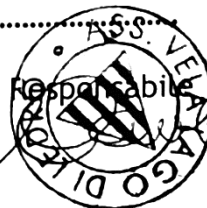
COGNOMENOME.....

NATO a:.....IL:.....

Residente in:.....CAP.....

ViaN.....Telefono.....

Il Responsabile



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 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 RICOOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE
STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI
ALCOOL. ESPRIMO INOLTRE , AI SENSI DELL'ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL
CONSENSO A TRATTARE I MEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITA' CONNESSE
ALLA MIA RICHIESTA ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA / NON AGONISTICA SECONDO LE
MODALITA' DI CUI SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.**

Firma del dichiarante (per il minore) e l'esercente la patria potestà.

.....

Data.....