



## A.s.d. Palla al Centro

Via Cosimo Del Fante, n.39 - 57123 Livorno (LI)

Tel.: +39 392-2895858 - [www.asdpallaalcentro.it](http://www.asdpallaalcentro.it)

P. IVA: 01757600497 - C.F.: 92118490496



### **RICHIESTA VISITA MEDICO SPORIVA PER L' IDONEITA' ALL' ATTIVITA' AGONISTICA**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; legge reg.Ie 09/07/03 n.35)

**LA SOCIETA' SPORTIVA** .....A.S.D. PALLA AL CENTRO.....

Affiliazione A ....ACSI..... Ente promozione sportiva riconosciuto.....dal CONI.....

#### **CHIEDE**

Per il proprio ATLETA

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

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

Residente in ..... C.A.P. .... Via ..... N° .....

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport .....CALCIO.....

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi dell'art.4 della L.R.35/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Data ..... Timbro della società ..... Firma del Presidente .....

Da presentare al momento della visita medica:

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva autenticato dalla società
3. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
4. Risposta esame urine completo
5. Ricevuta pagamento ticket (se non esente).

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 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'esercente la patria potestà

.....

Data.....