

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

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA SOCIETA' SPORTIVA
Sede Sociale: Via.....
N°..... Città C.A.P.
Telefono..... Fax.....
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva
Codice Affiliazione Federale.....

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

DELLO SPORT

Per l'ATLETA:

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

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

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.....



DELEGA PER VISITA MEDICA SPORTIVA AGONISTICA E NON AGONISTICA PER MINORE

Io Sottoscritto/a _____
Nato/a il _____ a _____ prov. (____)
Residente a _____ in via _____
Cod. Fiscale _____ n. Tel _____

SONO STATO DELEGATO

Dal Genitore _____
Nato/a il _____ a _____ prov. (____)
Residente a _____ in via _____
Cod. Fiscale _____ n. Tel _____
Documento d'identità _____

Del minore _____
Nato/a il _____ a _____ prov. (____)
Residente a _____ in via _____
Cod. Fiscale _____
Documento d'identità _____

AD EFFETTUARE LA VISITA MEDICO SPORTIVA PRESSO A-MEDICAL DI ARCE IL GIORNO _____

DA ALLEGARE FOTO DEL DOCUMENTO DEL:

- DELEGATO;
- DELEGANTE;
- DEL MINORE (SE IN POSSESSO).

Tale documentazione è necessaria al fine del rilascio del certificato.

Firma Delegante

Firma Delegato

☎ 07761549937

arcemedicalgroup@gmail.com

Via Valle Snc, 03032 Arce FR

Aut.Reg. n. G11049 del 11/08/2022
Dir.San. G.Cirillo O.d.M. FR n. 995

Per una prenotazione immediata **invia un messaggio**
con il tuo nome e cognome e **sarai subito contattato**

📞 +39 327 69 99 185



Scansiona il QRCode e scarica
la guida dedicata all'assistenza
sanitaria integrativa