Alla Medicina dello Sport

SOCIETÀ SPORTIVA .....

Sede Sociale (indirizzo): Via ..... tel. ..... fax .....

FEDERAZIONE/ENTE PROMOZ. SPORT .....

CHIEDE
Visita medica per idoneità sportiva

☐ **AGONISTICA** ☐ **NON AGONISTICA**

DELLO SPORT .....

Per l'Atleta

Cognome ..... Nome .....

nato a ..... il .....

residente a ..... Via/Piazza .....

Data .....

Firma del Presidente

.....

Timbro Società

Il sottoscritto ..... padre-madre-tutore del minore ..... dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva e all'effettuazione degli accertamenti sanitari di legge.

Firma .....

In caso di impossibilità da parte di ambedue i genitori ad accompagnare il figlio alla visita, gli stessi possono delegare un familiare maggiorenne che li sostituisca, al fine di rendere un'accurata anamnesi familiare e personale.
Il sottoscritto ..... delega .....(relazione di parentela) .....
ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica.

Firma e documento delegante .....**Firma e documento delegato** .....

Esprimo ai sensi del DEC/LGS 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia. Presto il consenso affinché il medico sportivo possa comunicare direttamente al mio medico di famiglia informazioni sul mio stato di salute.

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