

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

La Società Sportiva Dilettantistica **HAPPY TRAIL MTB**, con sede sociale in via Roma 3, 40046 Porretta Terme (BO), Telefono 347 1090006 - Codice Fiscale 94061900018 Partita IVA 10356910017 - Codice Affiliazione Federazione Ciclistica Italiana 07U1782

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA

DELLO SPORT mountain bike – ciclismo fuoristrada

Per l'ATLETA:

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

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

A.S.D. Happy Trail MTB
Via Roma/3 40046 Porretta Terme (BO)
C.F. 94061900018 P.I. 10356910017
info@happytrailmtb.it

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/NON AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

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

.....

Data.....