

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

La Società Sportiva:

Sede Sociale: _____

Città _____ C.A.P. _____ Telefono _____

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva _____

Affiliata all Federazione Italiana Gioco Bridge con numero: _____

CHIEDE una Visita Medico Sportiva ai fini dell'idoneità alla pratica agonistica

DELLO SPORT BRIDGE

Per l'ATLETA:

Nato a _____ il _____

Residente in _____ CAP _____

Via _____ Telefono _____

Timbro e firma del responsabile della Società

Io sottoscritto (esercente la potestà genitoriale)
sul minore do il consenso
alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico in merito alle mie condizioni psico-fisiche attuali e pregresse. Dichiaro inoltre di non essere mai stato giudicato non idoneo in precedenti visite medico-sportive.

Sono consapevole del divieto assoluto di assumere droghe, nonché di essere sottoposto a terapie farmacologiche e/o trattamenti di qualsiasi natura senza una rigorosa e documentabile necessità clinica.

Dichiaro di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Esprimo infine, ai sensi della legislazione vigente, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Data:

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