

## **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