

## RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

(D.M.18/02/1982; Circ. Min. Sanità 31/01/1983; Circ. n.31 Regione Lazio 27/07/1997)

LA SOCIETÀ: ROMULEA SSDARL SEDE LEGALE: VIA FARSALO 21 CITTÀ: ROMA CAP: 00183 TEL: 067001797

C.F.: 80415780586 MATR. F.I.G.C.: 68144

## **CHIEDE**

L'effettuazione di una visita medico-sportiva per l'idoneità agonistica allo sport CALCIO per l'Atleta:

COGNOME:	NOME:
NATO A:	IL:
RESIDENTE A:	VIA:
CAP:	TELEFONO:
patria potestà sul minore che, al momento della	TIMBRO E FIRMA DELLA SOCIETÀ
	enso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.
FIRMA	
ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDI ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANT LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI I	ICO DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E DI NON CO-SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE MI IMPEGNO A NON FARE USO DI DROGHE RICONOSCIUTE TI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL. ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA VISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE. Firma del dichiarante o
DATA	FIRMA



2019 2003

2002 1984

1960 1950

STELLA CONI AL MERITO SPORTIVO

INTER CENTRO DI FORMAZIONE



SCUOLA

FC ROMULEA

**AUTISTIC** 

FOOTBALL CLUB

T. +39.06.70.01.797 M. +39.324.05.67.414 mail@ssromulea.it postacertificata@pec.ssromulea.it ssromulea.it