



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: SS ROMULEA ASD
SEDE LEGALE: VIA FARSALO 21
CITTÀ: ROMA
CAP: 00183
TEL: 067001797
C.F.: 80415780586
MATR. F.I.G.C.: 954969

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: _____

per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore o tutore (con delega) esercente la potestà genitoriale sul minore che, al momento della visita, deve compilare la parte sottostante.

TIMBRO E FIRMA DELLA SOCIETÀ



Il sottoscritto _____ in qualità di _____ esercente la potestà genitoriale sul suddetto minore, dà il proprio consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

FIRMA

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISCHE, 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, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

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

DATA FIRMA

SS ROMULEA
Associazione Sportiva Dilettantistica
Via Farsalo 21
00183 Roma
C.F. 80415780586
P.IVA 02140391000



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