



SOCIETÀ SPORTIVA: Cicliste per caso A.S.D
SEDE SOCIALE: Frazione Sant'Apollinare 133, 60010 Arcevia
ENTE PROMOZ. SPORT: ACSI
SPORT: Ciclismo

CHIEDE
Visita medica per idoneità sportiva

AGONISTICA NON AGONISTICA

PER L'ATLETA

Cognome Nome

Nato a il

Residente a in via/piazza

Luogo e Data

Firma della Presidente *Valeria Guadagni*

PER I MINORI DI 18 ANNI

Il sottoscritto

Genitore tutore del minore

dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva e all'effettuazione degli accertamenti sanitari di legge.

Firma

In caso di impossibilità da parte dei genitori ad accompagnare il figlio alla visita, gli stessi possono delegare un familiare maggiorenne che li sostituisca, al fine di rendere un'accurata anamnesi familiare e personale.

Il sottoscritto delega

(relazione di parentela) ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica.

Firma e documento delegante

Firma e documento delegato

Esprimo ai sensi del DEC/LGS 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia. Presto il consenso affinché il medico sportivo possa comunicare direttamente al mio medico di famiglia informazioni sul mio stato di salute.

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

.....