



ROMA WATERPOLO A.S.D.

RICHIESTA VISITA SPORTIVA DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

L'Associazione "Sportiva Roma Waterpolo", con sede legale in Via Tuscolana, 220 – 00181 Roma, telefono 0689344536, Codice Fiscale/Partita Iva 1585818181009, Codice affiliazione 996469

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA DELLA PALLANUOTO per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....

Nato a.....il.....

Residente inVia.....N°.....

Telefono.....

Data prestazione.....

Il Presidente
Alessandro Olivola

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto.....(esercitante la potestà genitoriale sul minore
.....)

dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante o (per minori) dell'esercente

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

Data.....

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