



A.S.D.T.T. L'ISOLA CHE NON C'ERA ONLUS

Via degli Stradivari, 14

00153 - ROMA

Tel.: +39 328.61.16.773

C.F. 97270010586

Codice Federale F.I.Te.T. n° 2668

Codice Federale C.I.P. n° 120773

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

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

La Società Sportiva **A.S.D.T.T. L'ISOLA CHE NON C'ERA ONLUS** con Sede Sociale in **Roma, Via degli Stradivari, 14 - 00153**, Codice Fiscale **97270010586**, affiliata alla Federazione Italiana TennisTavolo (FITeT) con Codice Affiliazione Federale **2668** ed affiliata al Comitato Italiano Paralimpico (CIP) con Codice Affiliazione Federale **120773**

CHIEDE

che sia effettuata la visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA

dello sport **TENNISTAVOLO** per l'atleta:

Nome Cognome

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono.....

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA SOCIETA'

Il sottoscritto..... esercente la patria potestà sul minore
dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

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 DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

Data

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

.....

.....