

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

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

LA SOCIETA' SPORTIVA ASD ANDREA DORIA SEZ PALLAVOLO - TIVOLI

Sede Operativa: Viale Mannelli n 9 Tivoli (RM) 00019

Sede Legale : Strada San Polo n 59 Tivoli (Rm) 00019

Codice Fiscale della Società Sportiva 94061350586 Codice Affiliazione FIPAV 120600187

CHIEDE Visita Medico Sportiva per

IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA

DELLO SPORT : PALLAVOLO

Per l'ATLETA:

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

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Il Presidente Gianfranco Dragone
A.S.D. Andrea Doria Sezione Pallavolo
Viale Mannelli, 9 - 00019 Tivoli (Roma)
C.F. 94061350586 - P.IVA 11553841005
Cod.FIPAV 12.060.0187

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

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

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

.....

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.

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

.....

Data.....