

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
AGONISTICO  - NON 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 Sociale ed Operativa: Viale Mannelli n 9 Tivoli 00019

Codice Fiscale della Società Sportiva 94061350586

Codice Affiliazione Federale FIPAV 120600187

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA  
AGONISTICA  - NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT PALLAVOLO**

**Per l'ATLETA:**

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

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

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

Telefono .....

**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.....