



Associazione Sportiva Dilettantistica
VIRTUS BASKET APRILIA
Sede Legale: Via Respighi, snc
C.P. 94 04011 APRILIA (LT)
Part.Iva 01942670595
Cod.FIP 005862



Aprilia ____/____/____

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 Virtus Basket Aprilia con sede sociale in via O. Respighi snc 04011 Aprilia (LT) -P.I. 01942670595 – Codice Affiliazione Federale F.I.P. 005862;

chiede visita medico sportiva per idoneità sportiva alla pratica:

Apporre segno di spunta >>>	AGONISTICA		NON AGONISTICA	
Disciplina sportiva: PALLACANESTRO				

PER L'ATLETA

Nome											Cognome											
Nato a											Prov.			Data di nascita								
Codice fiscale																						
Tessera sanitaria																						
Indirizzo residenza																				n°		
Città											Prov.			CAP								

Il sottoscritto esercente la patria potestà sull'atleta dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti medici.

Nome											Cognome											
Nato a											Prov.			Data di nascita								
Indirizzo residenza																				n°		
Città											Prov.			CAP								

ASD Virtus Basket Aprilia
Il presidente

Il dichiarante

Io sottoscritto dichiaro di aver 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 alcol. 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 sopra alla specifica normativa in materia.

Il dichiarante _____