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 FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA

DELLO SPORT: ARBITRO DI PALLACANESTRO

Per il Signor

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

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

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

Via ..... N°... .....

Telefono .....

TIMBRO E FIRMA DEL COMITATO REGIONALE……

Il sottoscritto.....(o 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 LEGGE SULLA PRIVACY N. 675/96, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

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

Data ..... Firma .....