

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
AGONISTICO  - NON AGONISTICO**   
(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

**LA SOCIETA' SPORTIVA SNOWBOARD TEAM CAMPIGLIO scmdc**  
Sede Sociale: Via MONTE SPIANALE N°16 Città MADONNA DI CAMPIGLIO  
**CAP. 38086 - telefono 3498785747 - email: scmdc@hotmail.it**

**codice identificativo società : TNJ4 - C.F./P.I. : 02097140228**

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

**DELLO SPORT** ..... SNOWBOARD .....

**Per l'ATLETA:**

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

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

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

Via ..... N° .....

Telefono .....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**

.....  
  
.....

**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.V. 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.**

**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, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE  
DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.**

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

Data.....