



ALLEGATO B

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO
SPORT NON AGONISTICO**

LA SOCIETA' SPORTIVA: **A.S.D. LA SCUOLA DI BASKET** con Sede Sociale in via Salvator Rosa, 15
Città: LECCE C.A.P.: 73100 e con telefono: **320-9324946** mail: lascuoladibasket@hotmail.it

Codice fiscale della Associazione: 3894040751 Codice Affiliazione F.I.P. 051385

CHIEDE

VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT NON AGONISTICO

Per l'atleta: DELLO SPORT: **PALLACANESTRO**

COGNOME _____ **NOME** _____

Nato a _____ **il** ____/____/____

Residente in _____ **C.A.P.** _____

Via _____ **N°** _____

Telefono: _____

Timbro e firma del responsabile

La scuola di basket
Associazione Sportiva Dilettantistica
Via Salvator Rosa, 15 - 73100 LECCE
Part. IVA n° 03894040751

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

Il sottoscritto _____, *(esercente la*
potestà genitoriale sul minore: _____ *) dà il consenso*
all'accertamento di idoneità sportiva.

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

_____ **in stampatello** _____

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 dell'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 d'idoneità alla pratica sportiva non/agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante o (per i minori)

dell'esercente la potestà genitoriale