



## ALLEGATO B

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

LA SOCIETA' SPORTIVA: **S.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](mailto: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** \_\_\_\_\_

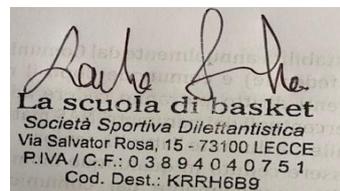
**Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Residente in** \_\_\_\_\_ **C.A.P.** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del responsabile



### **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*