

Alla Medicina dello Sport di.....

LA SOCIETA' SPORTIVA : MONFALIVE ssd

Sede Sociale: via A. Savio 14 - 15033 Casale Monferrato (AL) tel: 339-4236630

ENTE PROMOZIONE SPORTIVA: ACSI MOTO codice affiliazione n. 112114

RICHIEDE:

Visita Medica per idoneità sportiva(D.M. Sanità 18.02.1982 - L.R. 12.06.1987 N. 33)

DELLO SPORT: MOTOCICLISMO AGONISTICO (B1)

Per l'Atleta:

Cognome Nome

..... Nato a il

..... Residente a

via/piazza

Data

Presidente

Firma e Timbro del


MONFALIVE ssd a r.l.
via Savio 14 - Casale M.
C.F. 02529420065

Il sottoscritto padre/madre/tutore del minore da il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva e all'effettuazione degli accertamenti sanitari di legge.

Firma

.....

In caso di impossibilità di ambedue i genitori ad accompagnare il figlio alla visita, gli stessi possono delegare un familiare maggiorenne che li sostituisca, al fine di rendere un accurata anamnesi familiare e personale

Il sottoscritto delega relazione di parentela

..... Ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica

Firma o documento delegante

Firma o documento delegato

.....

Esprimo ai sensi del DEC/LGS 196/03 il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per la finalità annesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia. Presto il consenso affinché il medico sportivo possa comunicare direttamente al mio medico di famiglia informazioni sul mio stato di salute.

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