

Alla Medicina dello Sport di.....

LA SOCIETA' SPORTIVA : **MONFALIVE** ssd a rl ..... codice affiliazione ACSI n. **112114**

Con Sede Sociale in : **via A. SAVIO 14 - 15033 Casale Monferrato (AL)** .....

FEDERAZIONE/ENTE PROMOZIONE SPORT: **ACSI Settore Sportivo Nazionale Moto**

**RICHIEDE:**

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

DELLO SPORT: **Motocross/Enduro B1**

PER L'ATLETA:

Cognome .....

Nome .....

Nato a .....

il .....

Residente a .....

via/piazza .....

Data .....

Firma e Timbro del Presidente ACSI MOTO

**ACSI SETTORE MOTO**  
via Moncalani 8 - ROMA  
C.F. 033000589

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 potestà .....

