



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

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVA *Associazione Italiana Arbitri Sezione Venezia*

Sede Sociale: *Marittima, Fabbricato 255, 30135 Venezia VE*

Codice Fiscale: *94087280270*

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA DELLO SPORT ARBITRO DI CALCIO**

Per l'ATLETA:

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

Nato a il

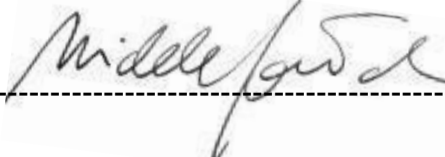

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

Numero tessera federale.....

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

.....



AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004

Il sottoscritto (esercitante la patria potestà sul
minore) dà il consenso alla
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

**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 patria potestà

Data.....