



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

LA SOCIETA' SPORTIVA **FC NIVIANO**

SEDE: Via Alberoni c/o Parrocchia – 29029 Niviano di Rivergaro

P.IVA: 01328420334

MATRICOLA FIGC: 630520

RICHIEDE LA VISITA MEDICA SPORTIVA PER L'IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA

DELLO SPORT: **CALCIO**

PER L'ATLETA

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A IL: _____ A _____

RESIDENTE A: _____ VIA _____ N° _____

CAP: _____ TELEFONO: _____

FOOTBALL CLUB NIVIANO
ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
Via Alberoni c/o Parrocchia:
29020 Niviano - RIVERGARO (PC)
P. IVA 01328420334

IL SOTTOSCRITTO _____

(esercitante la patria potestà sul minore _____)

DA' IL CONSENSO ALLA EFFETTUAZIONE DEI RELATIVI ACCERTAMENTI DI IDONEITA'.

Io sottoscritto dichiaro di aver 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 dell'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/non agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

FIRMA DEL DICHIARANTE O (per i minori)
DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'

DATA