



dal 1997

Ambulatorio di Fisiokinesiterapia
Medicina Sportiva di 1° livello
Direttore Sanitario Dott.ssa Cristina Cantoresi

MODULO 2 – NON TESSERATI A SOCIETA' / ASSOCIAZIONI SPORTIVE

Richiesta di visita di Medicina dello Sport per idoneità sportiva agonistica

(LR 15/2020 - DM 18 Febbraio 1982)

Il Sottoscritto _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____ Residente a

_____ in via _____ Documento di identità

tipo e numero _____

In qualità di Diretto interessato

O In qualità di genitore / tutore del minore _____

C.F. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA:

per se per il minore

di partecipare ad evento che presuppone l'effettuazione di visita di idoneità sportiva agonistica (esempio concorso militare)

CHIEDE:

pertanto la VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA **AGONISTICA** PER _____
(indicare evento)

Si dà atto di essere informati che:

- ✓ la visita medica presuppone l'effettuazione di **esame urine** con data non anteriore a 30 giorni;
- ✓ i **minori di anni 18** (diciotto) dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** da uno dei due genitori (munito di doc. di riconoscimento);

si allega copia di bando dell'evento

Data ____/____/____

(Firma dell'atleta o del genitore del minore)

Ai sensi del D.Lgs. 101/2018 (privacy) si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.