



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

L'Associazione Sportiva:	Nea Ostia Rugby
Sede Legale:	Viale Regina Margherita 46 - 00198 Roma
Telefono:	348 7953916
Codice Fiscale Associazione:	97615490584
Partita IVA Associazione:	11583721003
Codice Affiliazione FIR:	340791

CHIEDE la visita Medico Sportiva per idoneità alla pratica sportiva

agonistica Return To Play non agonistica

Per lo sport del RUGBY, per l'atleta:

Cognome: _____
Nome: _____
Nato a: _____
Nato il: _____
Residente: _____
Telefono: _____

ROMA,

**Associazione Sportiva Dilettantistica
NEA OSTIA RUGBY**
Il Presidente

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

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

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

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, 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
