

RICHIESTA CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA
PER PARTECIPAZIONE A TITOLO INDIVIDUALE AD ATTIVITÀ SPORTIVA

Il/La sottoscritto/a	
Nato/a	
il	e residente a
in via/piazza	CAP
Chiede il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica AGONISTICA dello sport	

per la partecipazione a titolo individuale ad ATTIVITÀ SPORTIVA.

In fede _____

AUTODICHIARAZIONE DECRETO N. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto 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/ NON AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

Data _____

Firma _____