

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

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

**LA SOCIETA' SPORTIVA UNIONE SPORTIVA ACLI – COMITATO PROV.LE DI  
ROMA**

Sede Sociale: Via Prospero Alpino N°20 - Città: ROMA C.A.P. : 00154

Telefono: 06-5780079-5781601 Fax 06-5780103

Partita Iva Società Sportiva: 052132510001

Codice Affiliazione Federale.....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA  
AGONISTICA**

**DELLO SPORT .....CALCIO A 11 E CALCIO A 5.....**

**Per l'ATLETA:**

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

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

Telefono .....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**



Il sottoscritto ..... (esercente la patria potestà sul  
minore ..... ) dà il consenso alla  
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità. 6

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 LEGGE SULLA PRIVACY N. 675/96, 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 DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN  
MATERIA.**

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

.....