

# RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

**AGONISTICO**

**NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVA **MUTINA BEACH S.S.D.aR.L.** con Sede Sociale in Via G. Cassiani n. 163 a Modena  
C.A.P. 41122, Telefono 3240430574 e-mail [mutinabeach@gmail.com](mailto:mutinabeach@gmail.com) Codice Fiscale o Partita IVA della  
Società Sportiva 03756130369 Codice Affiliazione Federale 08.037.0390

## CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

**AGONISTICA**

**NON AGONISTICA**

DELLO SPORT \_\_\_\_\_

Per l'ATLETA:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

Telefono/e-mail \_\_\_\_\_

## TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

(esercitante la potestà genitoriale sul minore

) dà il consenso alla effettuazione dei relativi

accertamenti di idoneità.

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

\_\_\_\_\_

**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.**

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

\_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_