

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

D.M. 18/02/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; D.L.13/09/2012

La associazione sportiva DoppiaAzione ASD con sede legale a 46100 Mantova in  
Corso Vittorio Emanuele II al n. 101, telefono 3489016086  
Codice Fiscale della Associazione: 93016990132  
Codice di Affiliazione a CSEN, Ente di Promozione Sportiva: 55508

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

DELLO SPORT: Tiro Dinamico Sportivo, Tiro a Segno (DR002,DR003 - DN005)

**per l'ATLETA:**

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... Il .....

Residente in ..... CAP .....

Indirizzo ..... n. .... Tel. ....

CF ..... Tessera Sanitaria .....

La segreteria



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, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive

Data .....

Firma .....