

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

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

LA SOCIETA' SPORTIVA

ASD CIRCOLO TENNIS LEDRO
Sede Sociale: Via WC BESTA
N° 1 Città LEDRO (TN) C.A.P. 38067
Telefono 0464/508740 Fax
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva 00671100220
Codice Affiliazione Federale

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

DELLO SPORT TENNIS

Per l'ATLETA:

COGNOME..... NOME.....
Nato a il
Residente in C.A.P.
Via N°
Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Alberto Bergami
Circolo Tennis Ledro asd
Loc. Besta 1
38067 Ledro (TN)
ctledro@gmail.com

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

Il sottoscritto (esercente 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.....