

**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 ROCCELLA 1935.....  
Sede Sociale: Via....VIALE DEGLI ULIVI.....  
N°..... Città ROCCELLA IONICA ..... C.A.P. ....89047.....  
Telefono..... Fax.....  
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva C.F. 90000120809.....  
Codice Affiliazione Federale...430.10.....

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

DELLO SPORT .....CALCIO.....

**Per l'ATLETA:**

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

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**



**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.  
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 LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI  
SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.**

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

.....  
Data.....

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER  
L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' NON AGONISTICA**  
**(legge reg.le 09/07/03 n.35)**

La Società Sportiva ASD ROCCELLA 1935

affiliata a :                   Federazione Sportiva Nazionale  
                                  Ente promozione sportiva riconosciuto

**CHIEDE**

Per il proprio atleta \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a : \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla  
**PRATICA NON AGONISTICA**

dello sport \_\_\_\_\_

Prima affiliazione

Rinnovo

Visita di controllo ai sensi dell'art.4 della L.R.35/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

**Data**  
\_\_\_\_\_



**Firma del Presidente**

Da presentare al momento della visita medica

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva autenticato dalla società
3. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
4. Risposta esame urine completo
5. Ricevuta pagamento ticket (se non esente).