

SOCIETÀ SPORTIVA ASD DON BOSCO NUOVO SALARIO CF: 97434300584

Sede Sociale (indirizzo): Via Francesco Cocco Ortu n. 19 (tel. 0687131027

FEDERAZIONE/ENTE PROMOZ. SPORT ~~00000058~~ ~~00000058~~ FIP 050058
PAS 12174

CHIEDE
Visita medica per idoneità sportiva

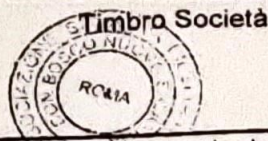
AGONISTICA DELLO SPORT BASKET
Per l'Atleta

Cognome Nome
nato a
il residente a
Via/Piazza

Data

Firma del Presidente

[Handwritten signature]



Il sottoscritto padre-madre-tutore del minore dà il
consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva e all'effettuazione degli accertamenti sanitari di legge.

Firma

In caso di impossibilità da parte di ambedue i genitori ad accompagnare il figlio alla visita, gli stessi possono delegare
un familiare maggiorenne che li sostituisca, al fine di rendere un'accurata anamnesi familiare e personale.
Il sottoscritto delega (relazione di
parentela) ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica.

Firma e documento delegante Firma e documento delegato

Esprimo ai sensi del DEC/LGS 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità connesse
alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia. Presto il
consenso affinché il medico sportivo possa comunicare direttamente al mio medico di famiglia informazioni sul mio
stato di salute.

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