MONTEMURLO BASKET

Alla Medicina dello Sport

La Società Sportiva A.S.D. Montemurlo Basket con sede legale posta in Via Montalese, 55 - 59013 Montemurlo (PO), iscritta alla Federazione Italiana Pallacanestro con codice FIP 051413

C H I E D E

Visita medica per idoneità sportiva

☒ **AGONISTICA** ☐ **NON AGONISTICA**

per lo sport PALLACANESTRO per l'ATLETA

Cognome …… Nome ……

Nato a …….. il ……

Residente a …… Via/Piazza ……

Data …… Timbro e firma del Presidente

A.S.D MONTEMURLO BASKET

Il sottoscritto …… padre/madre/tutore del minore …… da il consenso alla pratica della specificata 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 …… (parentela …… ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica.

Firma e documento delegante …… **Firma e dicumento delegato** ……

Esprimo ai senso 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 in formazioni sul mio stato di salute.

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

A.S.D. MONTEMURLO BASKET
Sede Legale: Via Montalese, 55 - 59013 Montemurlo (PO)
C.F. 92072220483 Partita IVA 02057970978