



**RICHIESTA VISITA MEDICA
PER IDONEITÀ ALLO SPORT**



L'ATLETA

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

Codice Fiscale.....

Documento n° Rilasciato da..... il.....

Nato a il

Residente in via N°

C.A.P. Città

Telefono Email.....

CHIEDE VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA
(buona salute)

DELLO SPORT

SOCIETÀ SPORTIVA INVIANTE

Consenso per il trattamento dei dati personali

Vista l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) riconosco che il trattamento dei miei dati personali o di quelli delle Persone Rappresentate effettuato per dare esecuzione ad adempimenti di natura amministrativa e fiscale strettamente connessi con la prestazione sanitaria richiesta non necessitano del mio consenso (ai sensi dell'art.6 b-c GDPR).

Data

Firma.....

(del genitore o di chi ne fa le veci in caso di atleta minore)

Da compilare nel caso di atleta minore di anni 18

in qualità di GENITORE TUTORE

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE.....