

## RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

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

**LA SOCIETA' SPORTIVA ASD ANDREA DORIA SEZ PALLAVOLO - TIVOLI**

Sede Operativa: Viale Mannelli n 9 Tivoli (RM) 00019

Sede Legale : Strada San Polo n 59 Tivoli (Rm) 00019

Codice Fiscale della Società Sportiva 94061350586 Codice Affiliazione FIPAV 120600187

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per**

**IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA**

**DELLO SPORT : PALLAVOLO**

**Per l'ATLETA:**

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

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

### TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

**Il Presidente Gianfranco Dragone**  
**A.S.D. Andrea Doria Sezione Pallavolo**  
Viale Mannelli: 9 - 00019 Tivoli (Roma)  
C.F. 94061350586 - P.IVA 11553841005  
Cod.FIPAV 12.060.0187

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

Il sottoscritto ..... (esercante 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.....