



**RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT
PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**
(D.M. 18/02/1982 Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)

La Società Sportiva A.S.D. POLISPORTIVA ZOLAaffiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. FITARCO Codice 08056

Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Codice

per il proprio atleta

cognome nome

nato il/...../..... e residente nel comune di

codice fiscale

Il sottoscritto

nato il/...../..... e residente nel comune di

codice fiscale

in qualità di

diretto interessato

genitore del minore _____

tutore/amministratore di sostegno di _____

Per partecipare a TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA
(N.B.: presentarsi alla visita muniti di copia dell'informativa della manifestazione sportiva agonistica a cui si intende partecipare)

Per partecipare a CONCORSO presso il MINISTERO DIFESA (Esercito, Accademia Militare, Marina, Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco)
(N.B : presentarsi alla visita muniti di copia del documento Ministeriale)

CHIEDE

la visita di idoneità sportiva agonistica per lo **sport**

nuova iscrizione

rinnovo di certificato in scadenza il

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del richiedente⁽¹⁾

A.S.D. POLISPORTIVA ZOLA

Data della richiesta

⁽¹⁾ La richiesta di una Società Sportiva deve riportare timbro e firma del Presidente della stessa.
(1) La richiesta del singolo deve riportare la firma del diretto interessato o del genitore/legale rappresentante.