



**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.