

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

A. S. D. Rugby Frassinelle
Via G. Matteotti, 250
45030 Frassinelle Polesine (Ro)
C.F. e P. IVA: 001258130291
Telefono 339 / 6160185
Fax 0425 930587
www.rugbyfrassinelle.it
e-mail: rugby.frassinelle@gmail.com
Cod. affiliazione F.I.R. 207041

C H I E D E

visita medica sportiva per l' idoneità alla pratica

agonistica

non agonistica

dello sport del rugby

per l'atleta

Cognome.....

Nome.....

nato a

il.....

residente in.....

Via..... N.....

C.A.P.

C. F. atleta:.....

Cod. Reg. San.

Data.....

Timbro Società

Il Presidente

Il sottoscritto padre-madre-tutore del minore dà il consenso alla pratica della specifica 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(relazione di parentela)
.....ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica.

Firma e documento deleganteFirma e documento delegato

Esprimo ai sensi 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 informazioni sul mio stato di salute.

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