

Ospedale di Conselve – Via V. Emanuele II
Tel 049 9598177 – mail: medsport.conselve@aulss6.veneto.it

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
 (D.M. 18-2-1982)

Data

LA SOCIETA' SPORTIVA Basket Conselve A.S.D. Codice federale 047725

CON SEDE IN (CAP, comune, via, n.) 35026, Conselve, via Einaudi 28/3

e.mail basketconselve@gmail.com PEC

AFFILIATA A FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE FIP
 O DISCIPLINA ASSOCIATA (indicare sigla FSN o DSA)

ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA CSI - UISP - ACSI
 (in convenzione con la FSN) (indicare sigla EPS)

CHIEDE PER IL PROPRIO ATLETA

DOCUMENTO DI IDENTITA' TEL

NATO A IL

RESIDENTE A VIA e N.

UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTA

DELLO SPORT CATEGORIA

PRIMA VISITA AGONISTICA RINNOVO RETURN TO PLAY (post covid)

SCADENZA CERTIFICATO IDONEITA' PRECEDENTE

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali di cui all'art 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i dati sopra riportati sono veritieri

BASKET CONSELVE A.S.D.
 Via Caselle 103 - Tel. 049 9585047
 35026 CONSELVE (PD)
 Partita IVA 04047740289
 Cod. Fisc.: 92162240284

.....
 firma e timbro del Presidente della Società Sportiva

Parte da compilare a cura della famiglia:

Il sottoscritto (l'atleta o, per i minorenni, il genitore) (*) _____
 dà il consenso all'effettuazione degli accertamenti di idoneità previsti per la pratica dello sport sopra indicato e al trattamento dei dati raccolti per le finalità connesse ai procedimenti di tutela sanitaria delle attività sportive, fatta salva la possibilità di un'eventuale revoca o rettifica ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679. Titolare del trattamento è l'AULSS 6 Euganea.

Data _____

Firma _____

(*) Cognome, Nome, titolo della potestà (genitore, tutore, ecc)