



**PLAYLEAGUE SPORT SSDRL**



Via G. Pagnini 13/3 50134 Firenze – 0554630649 info@playleaguesport.it

## **Richiesta visita medica per idoneità allo sport (Legge regionale 09/07/2003 n° 35)**

PLAY LEAGUE SSD ARL - C.F. e P.IVA 07207290482 Sede sociale: Via Pagnini n° 13/r, FIRENZE

**CHIEDE la visita Medico Sportiva per IDONEITÀ SPORTIVA**

**ALLA PRATICA AGONISTICA**

**DELLO SPORT CALCIO, CALCIO a 5, CALCIO A 7 PER L'ATLETA:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**PLAY LEAGUE SSDARL**  
Via G. PAGNINI, 13/R 50134 FIRENZE  
PI e CF 07207290482  
Codice SDI USAL8PV

### **AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ esercente la patria potestà sul minore

\_\_\_\_\_ acconsente all'effettuazione degli accertamenti di idoneità.

Firma \_\_\_\_\_

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.

Esprimo inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Firma del richiedente X \_\_\_\_\_