

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
AGONISTICO O NON AGONISTICO O**

(D.M. 18/2/1982 Circ.Min.Sanita' 31/1/1983 Circ. n°31 regione Lazio 27/7/1999)

**LA SOCIETA' SPORTIVA A.S.D. MARATHON ROMA CASTELFUSANO**  
Sede Sociale: Viale della Vittoria 43 00122 Roma

Recapito: 3208882752 E-Mail [squadra@maratoneta.it](mailto:squadra@maratoneta.it)

Cod.Fiscale: 96285270581 Cod.Affiliazione FIDAL RM188 AICS 103226

**CHIEDE**

**Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA  
AGONISTICA O NON AGONISTICA O**

**DELLO SPORT ATLETICA LEGGERA**

**PER L'ATLETA**

COGNOME.....NOME.....

NATO/A A.....IL.....

RESIDENTE IN.....CAP.....

VIA/PIAZZA.....N°.....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**

**MARATHON CLUB  
CASTELFUSANO**

.....  
*Luca Betti*

**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n.196/03 T.M. 2004

Il Sottoscritto.....(esercente la patria podestà sul  
minore.....) da il consenso alla effettuazione dei  
relativi 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 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, secondo le modalità per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive**

Firma del dichiarante o dell'esercente la patria podestà

Firma.....Data.....