



**ASD  
NEW GYM**

Levico Terme

## **RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT**

**LA SOCIETA' SPORTIVA ASD NEW GYM**

Sede Sociale: Via di San Taddeo, 3

Città LEVICO TERME C.A.P. 38056

Telefono 3468308063

Codice Fiscale dell'Associazione Sportiva: 90017620221

### **CHIEDE LA VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**

**AGONISTICA** ☐

**NON AGONISTICA** ☐

(D.M. 18/2/1982; Decreto dell'8 agosto 2014)

per il seguente SPORT: **GINNASTICA ARTISTICA**

per l'ATLETA:

**COGNOME** ..... **NOME** .....

Nato a ..... il .....

Residente in .....r..... C.A.P. ....r.....

Via ..... N° .....

Telefono .....

**FIRMA DEL RESPONSABILE**

*Il Presidente dell'ASD NEW GYM*

*- Clara Poncia -*

Il sottoscritto .....(esercitante la patria potestà sul  
minore ..... ) dà il consenso all'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 STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO  
E DALL'USO DI ALCOL.

ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELL'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 DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

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

Data .....