

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

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

**LA SOCIETA' SPORTIVA** S.S.D. PISCINE COPERTE BONDENO a.r.l.  
Sede Sociale: Via GARDENGGHI 7  
N° 7 Città BONDENO (FE) C.A.P. 44012  
Telefono 0532 898249 Fax  
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva 01952750386  
Codice Affiliazione Federale UISP N° 21001199

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

**DELLO SPORT** .....

**Per l'ATLETA:**

COGNOME.....NOME.....  
Nato a ..... il .....  
Residente in ..... C.A.P. ....  
Via ..... N° .....  
Telefono .....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**

PISCINE COPERTE BONDENO S.S.D. a r.l.  
Via Gardenghi, 7 - 44012 BONDENO (FE)  
Tel. 0532 898249 - Fax 0532 891263  
E-mail: info@bondybeach.com  
Cod. Fisc. e P. IVA 01952750386

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

Il sottoscritto ..... (esercente la potestà genitoriale sul  
minore ..... ) dà il consenso alla  
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

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

.....

**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.**

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

.....

Data.....