

**ALLEGATO B**

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

**LA SOCIETA' SPORTIVA:**

Aemme Centro Nuoto SSD a.R.L.

Sede Sociale: Via Ussano, 55

Città: Lecce

C.A.P.: 73100

Telefono: 0832244022

mail: centronuotolecce@libero.it

Codice Fiscale Società Sportiva: 04766160750

Codice Affiliazione Federale: 115846

**CHIEDE**

**VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT:** NUOTO

**PER L'ATLETA:**

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

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

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

Via ..... N° .....

Telefono .....

Timbro e firma  
AEMME CENTRO NUOTO S.S.D. a R.L.  
Sede legale: VIA DI USSANO,55 - 73100 Lecce  
C.F. e P.I. : 04766160750 -  
Numero REA LE - 316540

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

Il sottoscritto:.....(esercente la potestà genitoriale sul minore: ..... ) dà il consenso all'accertamento della idoneità sportiva.

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

(stampatello)

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 le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Data:.....

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