

**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** P.G.S. WELCOME  
Sede Sociale: Via..... JACOPO DELLA QUERCIA  
N°..... 1..... Città..... BOLOGNA..... C.A.P..... 40128  
Telefono..... 051 4151753..... Fax..... 051 4151793  
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva..... 92022250374  
Codice Affiliazione Federale..... 2056

**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**

**P.G.S. WELCOME**  
Via Jacopo della Quercia/n. 1  
40128 BOLOGNA  
Cod. Fisc. 92022250374  
Partita IVA 04101170374

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

Il sottoscritto ..... (esercitante 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.....