



# CIRCOLO NAUTICO SAN VINCENZO

Piazza F.lli Serini - 57027 San Vincenzo (LI)  
Tel. e Fax +39 (0)565 702005  
[segreteria@cnsv.it](mailto:segreteria@cnsv.it) [www.cnsv.it](http://www.cnsv.it)



## 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** .....Circolo Nautico San Vincenzo.....  
Sede Sociale: P.zza F.lli Serini.....  
N°..... Città ....San Vincenzo (LI)..... C.A.P. ...57027.....  
Telefono....0565702005.....Fax....0565702005.....  
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva .....90000640491.....  
Codice Affiliazione Federale.....FIV083.....

## RICHIEDE 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

Il sottoscritto ..... (esercente la patria potestà sul minore  
.....) dà 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 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 DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.**

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

Data.....

Firma.....